

Année 1901

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue

Le Jeudi 18 Juillet à 1 heure

PAR

M. LENORMAND

TRAITEMENT DU GOÎTRE

par les

INJECTIONS DE TEINTURE D'IODE

Président : M. HUTINEL, Professeur.

Juges : MM. RÉMY, MARFAN, agrégés.
MÉNÉTRIER, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

LIBRAIRIE DES FACULTES

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue

Le Jeudi 18 Juillet à 1 heure

PAR

M. LENORMAND

TRAITEMENT DU GOÎTRE

par les

INJECTIONS DE TEINTURE D'IODE

Président : M. HUTINEL, Professeur.

Juges { MM. RÉMY, MARFAN, agrégés.
MÉNÉTRIER, agrégé.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

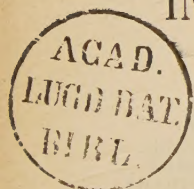
PARIS

LIBRAIRIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince

1901



FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHEL.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	BRISSAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	Mathias DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale	BERGER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	N***
	CHANTEMESSE.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique médicale	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique des maladies syphilitiques	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies nerveuses	JOFFROY.
	RAYMOND.
	TERRIER.
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Clinique des voies urinaires	GUYON.
	BUDIN.
Clinique d'accouchements	PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEJARS.	TEISSIER.
ALBARRAN.	FAURE.	LEPAGE.	THIERRY.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MARFAN.	THIROLOIX.
BONNAIRE.	GILLES DE LA TOU-	MAUCLAIRE.	THOINOT.
BROCA Auguste.	RETTE.	MENETRIER.	VAQUEZ.
BROCA Adré.	HARTMANN.	MERY.	VARNIER.
CHARRAIN.	HEIN.	REMY.	WALLICH.
CHASSEVANT.	LANGLOIS.	ROGER.	WALTHER.
DELBET.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
DESGREZ.	LEGUEU.		WURTZ.

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

qui m'ont enseigné les éléments
de la science médicale et que je
remercie bien sincèrement.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

Médecin de l'Hospice des Enfants assistés

Membre de l'Académie de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur



Digitized by the Internet Archive
in 2026

TRAITEMENT DU GOITRE

PAR LES

INJECTIONS DE TEINTURE D'IODE

INTRODUCTION

Au cours de nos études médicales, nous avons eu l'occasion de suivre à plusieurs reprises le service du Docteur Duguet à Lariboisière, et nous fûmes vivement frappés du nombre considérable de goitreux que lui amenait chaque semaine sa consultation spéciale. Nous avons suivi quelques-uns de ces malades, nous avons pu, grâce à la grande obligeance de Monsieur Duguet, consulter les observations si nombreuses des cas soignés antérieurement et nous sommes restés surpris de l'extrême simplicité de la méthode et des bons résultats qu'elle amenait, allant de l'amélioration sensible à la guérison définitive.

Nous voudrions, dans ce trop court travail, publier parmi la foule des observations mises à notre disposition, celles qui nous ont semblé les plus intéressantes, nous les avons groupées en trois catégories : les guérisons, les amélio-

rations, les cas enfin où le traitement fut impuissant. Nous discuterons les indications et les contre-indications de ce traitement; nous mettrons ensuite en balance les avantages et les inconvénients de l'injection avec les résultats d'autres méthodes, comparaison d'où découleront nécessairement les quelques conclusions que nous formulerons enfin.

Empressons-nous pourtant de dire qu'il ne s'agit pas là d'un travail de statistique; il est impossible d'établir un pourcentage quelconque et une évaluation globale, fût-elle approximative, quand il s'agit de cas aussi divers et aussi disparates, ainsi que nous le verrons; c'est le simple exposé d'une méthode que nous avons pu quelque temps voir appliquer et dont maintes fois nous avons eu l'occasion d'apprécier les services.

Qu'il nous soit permis d'adresser au Docteur Duguet nos remerciements les plus sincères pour l'accueil aimable que nous avons reçu dans son service et pour l'obligeance extrême avec laquelle il a mis à notre disposition les documents qui nous étaient de la plus haute utilité.

HISTORIQUE

Les injections interstitielles médicamenteuses dans le traitement du goître remontent à plus de quarante ans déjà ; un grand nombre de liquides furent employés et parmi ceux-ci le perchlorure de fer semble être celui auquel on eut recours tout d'abord. Erichsen, puis un peu plus tard Alquié de Montpellier, signalèrent plusieurs cas de goîtres parenchymateux guéris grâce à l'injection de perchlorure de fer. D'autres substances furent alors mises en honneur, l'alcool (Schwalbe, Berliner Klinische Wochenschrift, 1875), le chlorure de potassium et de sodium (Parona, Deutsche Klinik, 1872) mais le liquide auquel les opérateurs donnèrent la préférence fut la teinture d'iode.

Si Velpeau et Bouchacourt en firent usage les premiers, c'est sans contredit à Luton que revient l'honneur d'avoir vulgarisé la méthode, de l'avoir appliquée et d'en avoir publié les résultats.

Sous ce titre : « *La Médication Substitutive* », Luton publie un premier mémoire in *Archives générales de Médecine* (octobre 1863, page 285) et il définit ainsi sa méthode : « La substitution parenchymateuse consiste, comme son nom l'indique, dans la production artificielle d'un travail de substitution que l'on détermine au sein des tissus malades par le dépôt d'une substance de la matière médicale, opéré à l'aide de moyens particuliers ».

Dans ce travail, à côté des injections médicamenteuses variées et appliquées à des affections diverses, l'auteur indique seulement trois cas de goîtres dans lesquels il pratiqua l'injection de teinture d'iode : une des malades est guérie, les deux autres sont en observation et déjà il conclut à l'innocuité absolue mais à la longueur du traitement auquel il donne le nom de : *Substitution parenchymateuse*.

En 1867, Luton publie un second mémoire dans les *Archives générales de Médecine*, dans lequel il donne les observations de cinq goîtres traités par l'injection de teinture d'iode (page 438) ; nous les résumerons succinctement :

OBSERVATION XXXV

Goître simple encore peu développé et guéri par une injection de 30 gouttes de teinture d'iode.

M^{me} P. d'Evergnicourt, 25 ans, mariée, mère de deux enfants ; le goître a débuté à la suite d'une seconde grossesse, développement rapide, le lobe moyen atteint le volume d'un œuf de dindon ; aucun traitement antérieur.

Le 15 janvier 1863, injection de 30 gouttes de teinture d'iode. Les jours suivants chaleur et augmentation de volume puis tout se calme et le goître commence à diminuer au bout de quinze jours.

Le 28 juin, la tumeur avait presque entièrement disparu.

Le 27 juillet, le lobe moyen n'était plus qu'un noyau dur de la grosseur d'une noisette.

OBSERVATION XXXVI

Goître simple. Injection de teinture d'iode

Guérison

M^{me} J., 34 ans, goître, suite de couches, du volume d'un petit œuf de poule ; circonférence du cou dans sa partie la plus large : 38 centimètres.

Le 18 septembre 1863, injection d'une seringue de Pravaz de teinture d'iode

Le 6 octobre, le cou n'offre plus que 36 centimètres de circonférence.

Le 10 novembre, les dimensions s'abaissent à 35 centimètres. Les choses sont restées depuis lors en cet état.

OBSERVATION XXXVII

Goître simple. Injection d'iodure de potassium en dissolution; diminution de volume de la tumeur.

M^{me} Louise F., 35 ans, goître peu considérable à la suite de couches. Dimensions : 36 centimètres de circonférence. La malade est fort maigre.

Le 19 octobre 1864, injection d'une demi-seringue de Pravaz d'une solution saturée d'iodure de potassium.

Douleurs le soir, déglutition gênée, céphalalgie ; les accidents persistent jusqu'au 22.

Le 14 novembre, les accidents indiqués ont disparu depuis longtemps. Dimensions 34 centimètres.

Les choses sont restées dans le même état.

OBSERVATION XXXVIII

Goître simple. Disparition sous l'influence

d'une double injection interstitielle de teinture d'iode iodurée.

M^{lle} C., âgée de 20 ans, goître à lent développement. Circonférence du cou : 40 centimètres.

La tumeur forme deux masses distinctes ; l'une qui correspond au lobe moyen, du volume d'une petite pomme ; l'autre du double plus grosse qui appartient au lobe latéral droit. La malade subit un traitement à l'iodure de potassium en pommade et à l'intérieur qui n'influence le goître en aucune façon.

Le 27 octobre 1864, injection de teinture d'iode iodurée, à savoir : 2 grammes dans le lobe moyen et 3 grammes dans le lobe latéral droit.

Le 4 novembre, après une augmentation de volume de la tumeur, celle-ci est descendue à 39 centimètres.

Le 12 novembre : 37.

Le 26 novembre : 36.

Depuis lors les proportions restèrent stationnaires.

OBSERVATION XXXIX

Goître suffocant. Injections successives de teinture d'iode et d'une solution concentrée d'iodure de potassium. Inflammation du goître, suppuration, guérison.

M. O., 31 ans, goître à développement rapide depuis plusieurs mois. Lobe droit surtout hypertrophié, puis lobe moyen, enfin lobe gauche. Gêne pour respirer, même pour manger. Aucun traitement antérieur ; circonférence du cou : 42 centimètres.

Le 1^{er} août, injection dans la partie centrale de la tumeur de un gramme de teinture d'iode.

Le 8 août, seconde injection d'une même quantité du liquide dans le lobe droit. Effets à peu près nuls. Réaction médiocre.

Le 19 août. -- Le cou ne mesure plus que 40 centimètres de circonférence.

Troisième injection de 20 gouttes de teinture diode.

Le 26 septembre. — Circonférence du cou : 40 centimètres. Le mouvement de retrait s'est donc arrêté.

Le 14 octobre. — Injection dans les lobes moyen et droit d'une seringue de solution saturée d'iodure de potassium. Douleur vive.

Le 19 octobre. — Dimension du cou : 44 centimètres. Céphalalgie, vomissements bilieux, fièvre, tumeur pulsatile et douloureuse.

Le 1^{er} novembre. — Vaste phlegmon. Le cou a 45 centimètres. La peau est rouge sur le lobe droit. Fluctuation. L'incision donne issue à une grande quantité de pus. Les proportions retombent à 42 centimètres.

Le 9. — Second abcès. Incision. Dimension : 40 centimètres.

Le 15. — Dimension : 39 centimètres.

Le 27. — Dimension : 38 centimètres.

Le 7 décembre. — Dimension : 37 centimètres.

Le 9 janvier. — Dimension : 36 centimètres.

Depuis, les dimensions n'ont pas varié. Le malade a éprouvé un soulagement considérable; sa respiration est libre et sa santé générale n'a plus été troublée. Luton ajoute plus loin qu'il a aussi agi sur un plus grand nombre de goîtres, mais les uns furent perdus de vue, les autres ne suivirent pas le traitement avec assez de persévérance. Néanmoins il conclut à l'importance de cette voie nouvelle ouverte aux praticiens, qui avec des principes très simples et des procédés d'un emploi facile, constitue une méthode de thérapeutique expérimentale ne pouvant manquer d'être féconde dans la pratique.

A la suite de l'instigation, il faut bien le dire, de Luton, Bertin de Gray expérimente ces injections interstitielles, mais il s'adresse à la solution iodée étendue de la moitié de son volume d'eau. Il publie, en avril 1868, dans les

Archives de Médecine ses premiers résultats.

Huit goîtres sont ainsi traités, nous ne donnerons que le titre des observations.

Observation I. — Goître commençant. Injection de 15 gouttes d'une solution de teinture d'iode iodurée. Guérison.

Observation II. — Goître commençant. Injections successives, l'une le 6 mai de 15 gouttes, la seconde le 22 de 10 gouttes de la solution. Guérison.

Observation III. — Goître commençant. Injection de 15 gouttes de la solution. Amélioration insignifiante.

Observation IV. — Goître commençant. Injection de 15 gouttes de la solution. Guérison.

Observation V. — Goître commençant. Injection de 15 gouttes.

Disparition de la tumeur, puis récidive. Nouvelle injection de 15 gouttes d'une solution au tiers. Diminution très notable de la tumeur.

Observation VI. — Goître commençant. Deux injections de 15 gouttes chacune de la solution. Guérison.

Observation VII. — Goître datant de 20 ans. Injection. Résultat nul.

Observation VIII. — Goître commençant. Deux injections de 15 gouttes chacune. — Guérison.

En résumé, sur huit tumeurs thyroïdiennes, Bertin obtient cinq guérisons, une amélioration que l'on peut considérer comme une guérison ; enfin deux résultats insignifiants ou nuls.

Dans la *Gazette des Hôpitaux* du 1^{er} novembre 1879, nous trouvons relaté dans une clinique de Gosselin le cas d'un goître suffocant traité par les injections de teinture d'iode suivant la méthode de Luton.

C'est une jeune fille de quinze ans qui, atteinte d'une goître, a vu progressivement survenir chez elle, une dyspnée plus intense chaque jour et accompagné d'un cornage caractéristique. Après la quatrième injection d'une demi-seringue de teinture d'iode chaque fois, le cornage a cessé, la dyspnée a diminué; enfin la malade à la neuvième injection peut être considérée comme guérie et Gosselin n'hésite pas à attribuer à l'action du liquide sur les tissus la disparition des phénomènes morbides.

Billroth, in *Wien Med. Presse*, T. XVIII, 1877, emploie lui aussi la teinture d'iode pure. Il obtient, dit-il, une action plus efficace et une irritation moins forte des tissus malades; les solutions iodo-iodurées exposent davantage à l'intoxication iodique et aux accidents de thyroïdite suppurée.

Lécéque réunit dans sa thèse : *Traitement du goître par les injections interstitielles iodées* (thèse de 1872) quarante-trois observations empruntées pour la plupart à *Luton* et à *Bertin*. Il les divise comme suit : guérison complète, 32 cas, amélioration notable 12, récurrence et amélioration après une nouvelle injection 1, double récurrence après double guérison 1, résultat nul, 2. La proportion des cas de guérison est ici vraiment considérable.

Les résultats de *M. Morell Mackenzie* (*British Med. Journal*, 16 mai 1874) concordent avec ceux de *Lévêque*. Sur 73 observations qu'il réunit, il compte 59 guérisons, 9 amélio-

rations, 3 résultats nuls, 2 terminaisons incon-
nues.

Les observations réunies depuis 1874 (alors à Laënnec), à la consultation spéciale du docteur Duguet sont trop nombreuses pour que nous puissions les relater toutes ; chaque semaine en effet, le mercredi, nous avons vu défiler de quarante à cinquante malades sous nos yeux ; nous retiendrons seulement les cas qui nous ont paru typiques, soit par la rapidité de leur guérison, soit au contraire par leur caractère totalement réfractaire au traitement.

Toutefois avant de passer au manuel opératoire de l'injection et aux résultats obtenus, il nous a paru utile de consacrer quelques lignes à l'anatomie et à la physiologie du corps thyroïde et de rappeler brièvement les conditions étiologiques et pathogéniques du goître ainsi que les principales variétés affectées par lui.

LE CORPS THYROÏDE

Anatomie. — Physiologie

Le corps thyroïde encore appelé glande thyroïde est un organe impair, généralement asymétrique, situé à l'union du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs du cou où il embrasse le sommet de la trachée et les parois latérales de la région cervicale. Il est parfois facile de l'apercevoir alors qu'il n'est nullement hypertrophié. Si le sujet est maigre et si sa tête est placée dans l'extension, l'on voit au-dessous de la saillie du cartilage thyroïde (vulgairement appelé pomme d'Adam) de chaque côté de la ligne médiane, se dessiner deux saillies oblongues, quelquefois indépendantes, quelquefois réunies par un léger relief : ce sont les deux lobes et l'isthme du corps thyroïde.

La constatation de la glande et la délimitation de ses parties est rendue encore plus aisée par la palpation des régions latérales du cou. Les doigts de la main droite étant placés le long du bord inférieur et latéral du cartilage thyroïde, le pouce d'un côté allongé sur le bord du sternocleido-mastoïdien, la pulpe des autres doigts reposant sur la face opposée, le sujet dans un mouvement de déglutition fait remonter son larynx et verra lui le corps thyroïde qui s'y trouve solidement fixé. Du même coup, la main en apprécie la consistance ; cette dernière est

normalement moindre que celle des autres glandes et de plus elle est uniformément molle.

Nous n'insisterons pas sur la configuration extérieure et les rapports. Il nous suffira de rappeler brièvement que la forme du corps thyroïde, malgré les variations fréquentes qu'il affecte, a pu être comparée à un croissant à concavité supérieure ou mieux à un papillon aux ailes déployées ; il faut donc distinguer deux masses latérales plus ou moins semblables et une portion médiane les réunissant à leur partie inférieure. Les branches latérales, volumineuses, larges et épaisses sont les *lobes latéraux*. Leur forme rappellerait assez bien celle d'une pyramide triangulaire avec une face antérieure lisse et convexe en rapport avec des aponévroses et des muscles, une face postérieure en rapport avec les vaisseaux et une face interne contiguë à la trachée. Leurs sommets amincis ont reçu le nom de *cornes supérieures* par opposition aux extrémités inférieures qui bien que plus volumineuses et arrondies, ont été nommées *cornes inférieures*.

La partie intermédiaire et transversale est l'*isthme* du corps thyroïde ; il est le plus souvent réduit à l'état de bandelette mince étendue entre les extrémités inférieures des lobes. De son bord supérieur, à gauche de la ligne médiane, naît un prolongement qui se dirige verticalement en haut et s'élève jusqu'à l'os hyoïde, c'est la *pyramide de Lalouette* ou lobe médian.

Ainsi configuré, le corps thyroïde est appliqué sur la trachée, et placé de telle sorte que

son isthme recouvre une petite longueur de la face antérieure de la trachée tandis que les lobes plus longs et plus larges, rejetés en arrière, répondent aux parties latérales du tube aérien de l'œsophage en bas, du larynx et du pharynx en haut.

Dans la concavité formée par le bord supérieur de l'isthme et les bords antérieurs des lobes est inscrit le larynx tout entier avec les muscles cricothyroïdiens dont le gauche est en partie masqué par la racine de la pyramide (1). De telle sorte que si, par sa face antérieure, le corps thyroïde très superficiel n'est en rapport qu'avec des plans sous-cutanés, muscles peaussiers, pannicule adipeux, peau et par conséquent très facilement abordable, sa face postérieure et les bords postérieurs des lobes sont intimement unis à de nombreux organes profonds. C'est ainsi que la face postérieure de l'isthme se moule sur la convexité antérieure de la trachée recouvrant les troisième, deuxième et premier (en partie) anneaux cartilagineux; entre ces anneaux et cette face s'insinue encore un plexus veineux important.

De même, la face interne des lobes est en rapport avec les cartilages cricoïde, thyroïde, le pharynx, l'œsophage et les nerfs récurrents logés dans la gouttière trachéo-bronchique. Enfin, les bords postérieurs répondent au cordon vasculo-nerveux du cou, c'est-à-dire l'artère carotide primitive, la veine jugulaire interne un

(1) Poirier. — Anatomie humaine. Tome IV, Fascicule 2, Page 570.

peu en dehors et dans l'angle ainsi formé le nerf pneumogastrique. Sur la ligne médiane, la contiguité est immédiate avec les artères thyroïdiennes supérieures et inférieures, avec le ganglion cervical moyen du sympathique.

Faut-il dès lors s'étonner si la plus légère augmentation de volume d'un lobe réagira sur les organes voisins, entraînant ainsi des troubles si intenses de la phonation, la respiration, la déglutition et la circulation cérébrale.

Le corps thyroïde est fixé dans ses rapports et sa situation d'une façon extrêmement solide, par sa capsule fibreuse (dédoublement de l'aponévrose moyenne du cou. — Sébilleau) et par des ligaments médian et latéraux, enfin par un petit muscle : muscle de Scëmmering assez inconstant dans son existence.

Nous ne faisons que mentionner ces détails anatomiques, mais la structure de la glande thyroïde nous offre par contre un intérêt plus immédiat. Elle est entièrement liée à son développement et c'est grâce à l'embryogénie que l'on a pu se rendre un compte exact de l'histologie de celle-ci; aussi n'hésitons-nous pas à donner auparavant quelques notions sur son développement, qui nous seront d'un grand secours pour l'anatomie microscopique de l'organe adulte.

Les détails qui suivent sont empruntés au traité de M. Renaut (1).

Le corps thyroïde est formé par le concours :

(1) Renaut — Traité d'histologie pratique. Tome II, Fascicule I^{er}, Page 562.

et d'une ébauche impaire, et de deux ébauches paires.

Période embryonnaire du Développement.

Sur l'embryon humain de 3 millimètres le champ mésobranchial est largement ouvert et de forme triangulaire, limité par les arcs branchiaux non encore fusionnés. Le tubercule lingual soulève ce champ en haut au niveau des deux premiers arcs branchiaux. Vers le deuxième mois, la mandibule se ferme par la réunion sur la ligne médiane de deux bourgeons maxillaires inférieurs du premier arc branchial. Puis les deuxième et troisième arcs branchiaux se réunissent en une masse commune représentant la racine de la langue. La soudure de cette racine avec le tubercule lingual représentant le corps ne s'effectue d'abord que marginalement. Il en résulte sur la ligne médiane la production d'une fossette; c'est cette fossette qui représente le rudiment de l'évagination thyroïdienne impaire; le cul de sac se clot bientôt, ne communiquant plus avec la surface que par un conduit étroit réduit à un cordon épithélial plein.

Les ébauches paires prennent naissance beaucoup plus tard aux dépens de deux évaginations en forme de fossettes de la face ventrale du pharynx.

Période foetale. — Chez le fœtus humain du troisième mois, les trois lobes sont depuis longtemps réunis en un même organe mais séparés encore comme trois glandes distinctes.

Les vaisseaux sanguins les abordent d'arrière en avant, constituant déjà leurs pédicules. Il n'y a plus trace des canaux épithéliaux qui les reliaient à l'intestin pharyngien. A l'intérieur de chaque lobe on voit les boyaux épithéliaux séparés les uns des autres par du tissu muqueux tel que celui qui donne naissance au tissu conjonctif lâche et par d'énormes capillaires sanguins fœtaux.

Ces capillaires commencent à remanier la glande. Ils forment autour des boyaux épithéliaux des anneaux communicants. Entre les mailles vasculaires, de distance en distance, on voit une lumière se dessiner sur le trajet du bourgeon plein et cette portion du bourgeon se renfler en un grain. Le contenu de ce grain est une substance spéciale à laquelle Renaut donne le nom de *thyromucoïne*. Au niveau de ces grains, l'épithélium des bourgeons glandulaires fœtaux s'est ordonné en une couche unique de cellules cubiques à noyau central, à protoplasme granuleux. Ces grains de volume divers demeurent reliés entre eux par des cylindres épithéliaux pleins; d'autre part, ils sont exclusivement ordonnés par rapport aux vaisseaux sanguins. Ceux-ci se distribuant au sein de chaque lobule, lancent autour des grains déjà formés, à droite et à gauche, des capillaires fœtaux enveloppants. Ils rendent ainsi ces grains issus de diverses branches glandulaires de végétation, solidaires d'un seul et même vaisseau provisoire de distribution au sein du lobe. En outre, on voit les mailles vasculaires étreindre

et rendre filiformes sur leur passage, les boyaux épithéliaux pleins. Ainsi s'individualisent à la fin de la période foetale les lobes par subdivision du lobe primitif en autant de départements qu'il y a de branches vasculaires principales de distribution.

De telle sorte que la formation épithéliale thyroïdienne a perdu sans retour son canal excréteur et est devenue indépendante de la cavité pharyngienne; les lobules ont pris naissance par le groupement de rameaux épithéliaux qui sont venus s'ordonner autour de vaisseaux sanguins dont ils dépendront uniquement désormais.

De plus, au fur et à mesure qu'au sein des lobes le nombre des grains gonflés de thyromucoïne augmente, que les lobes se subdivisent en lobules répondant chacun à une fusée artérioso veineuse lui servant de pédicule, on voit que le contenu des grains ne se comporte plus de la même façon par rapport aux réactifs. Ce produit est arrivé à maturité prenant le caractère de ce que Renaut appelle la thyrocolloïne et c'est ainsi que l'on arrive à la structure d'un corps thyroïde adulte.

Période adulte. — Les acini sécréteurs encore appelés *vésicules* ou *follicules* et un stroma conjonctif, tissu de soutien pour de nombreux vaisseaux sanguins, lymphatiques et nerfs, tels sont les éléments de la glande thyroïde adulte.

Les vésicules sont de petits sacs sphériques ou légèrement allongés, ce sont autant de ca-

vités closes indépendantes les unes des autres, sauf de rares exceptions. Leurs parois sont formées d'une membrane propre et d'une assise épithéliale constituée par une seule couche de cellules cylindriques ou cubiques. Un grand nombre de ces cellules, la majorité, sont des éléments à contours bien limités, à protoplasma clair, à noyau arrondi vésiculeux et clair : ce sont les cellules principales. Les autres beaucoup plus rares sont caractérisées par leur aspect opaque et sombre, leur apparence granuleuse : ce sont les cellules colloïdes. En réalité il n'existe pas là deux espèces de cellules mais deux aspects différents d'une même cellule selon que celle-ci est au repos ou en pleine activité.

A un moment donné, la masse colloïde intraprotoplasmique s'évacue dans la cavité folliculaire, elle distend la vésicule de plus en plus grâce à des apports successifs. Celle-ci s'ouvre encore soit dans une vésicule voisine, soit dans le système lymphatique, véritable canal excréteur, et, débarrassée de son contenu, la vésicule revient sur elle-même pour reprendre le cycle de son évolution.

Quant au stroma conjonctif, composé d'éléments conjonctifs assez raréfiés, il se dispose en septa ou cloisons d'importances successives, découpant ainsi le parenchyme glandulaire en un certain nombre de lobes subdivisés eux-mêmes en lobules d'ordre toujours décroissant dont la dernière expression est réalisée par la vésicule.

Les vaisseaux sanguins et lymphatiques s'y ramifient parallèlement; les capillaires sanguins forment des réseaux à mailles très serrées dans lesquelles sont comprises les vésicules. Les lymphatiques extrêmement abondants forment autour des vésicules des réseaux complets dans lesquels s'épanche la substance colloïde.

On le voit, la thyroïde est une glande à sécrétion interne, amenant dans le sang par la voie lymphatique la substance colloïde mûre et chargée d'iode, élaborée dans ses grains glandulaires disposés en vésicules closes. Peut-être aussi donne-t-elle directement au sang par la voie veineuse d'autres produits que nous ne connaissons pas encore. Sans entrer dans le détail de ce qu'on sait de sa physiologie, ce qui nous entraînerait beaucoup trop loin, il convient d'insister sur ce fait que la suppression de cette sécrétion n'est pas sans amener de graves désordres. L'ablation totale de la thyroïde sur le vivant provoque des troubles intenses; c'est la *cachexie strumipriva* dont le *myxœdème* et l'*état crétinoïde* constituent les accidents majeurs. Que si, après cette ablation, on supplée par des moyens artificiels à la sécrétion thyroïdienne (greffes thyroïdiennes, injection intra-veineuse de suc thyroïdien, ingestion thyroïde) les accidents cessent pour un temps. Il semble donc bien que la sécrétion interne a pour but, ainsi que le dit Brissaud, « d'éviter l'accumulation nocive d'un produit toxique dans les tissus en le détruisant au fur et à mesure qu'il se forme ».

Dans l'espèce, cette substance ne paraît être autre chose que le produit ou l'un des produits de décharge du tissu conjonctif. A côté de cette substance formée en dehors de la glande, mais neutralisée par la sécrétion de celle-ci, il semble que la thyroïde en produise une autre, capable d'agir de son côté sur le système nerveux et de susciter, dès qu'elle est en excès, des accidents comparables à ceux de la maladie de Basedow, du moins dans sa première période. De là, à déclarer le goître exophtalmique comme étant l'expression (1) d'une hypersécrétion thyroïdienne, il n'y a qu'un pas; nous ne le franchissons point afin de ne pas aborder une discussion n'offrant que peu d'intérêt quant au sujet qui nous occupe.

(1) Brissaud. Congrès des médecins aliénistes et neurologistes. 6^{me} Session, Bordeaux 1895. Page 67 du rapport.

LES GOITRES

VARIÉTÉS ANATOMIQUES

ESSAI DE PATHOGÉNIE

Les goîtres sont suivant la définition de Lyot (1) : « des dégénérescences de la glande thyroïde sous forme de lésions circonscrites ou diffuses caractérisées cliniquement par la tuméfaction de l'organe et une évolution bénigne ».

Ces dégénérescences affectent des variations extrêmes dans leur volume, leur forme, leur position et surtout leur aspect à la coupe. Les lésions du goître peuvent être *générales*, c'est-à-dire porter sur la glande tout entière, ou *partielles*, affectant un des lobes ou l'isthme du corps thyroïde. De plus, les lésions peuvent être mal limitées, plus ou moins fusionnées avec le parenchyme avoisinant ou au contraire circonscrites nettement, presque encapsulées. Parfois même si la tumeur est très superficielle on la voit émerger en dehors de la glande à laquelle elle n'est rattachée que par un pédicule. Aussi voit-on à l'examen de goitreux les aspects les plus divers, depuis le collier énorme, parsemé de veines distendues et bleuâtres, depuis la besace qui retombe au devant du sternum, véritable

(1) Lyot. — Goître. In Traité de chirurgie Le Dentu-Delbet. Tome IV, Page 612.

difformité, jusqu'à la légère tuméfaction passant facilement inaperçue, comblant l'espace sus-sternal et donnant ainsi au cou la courbe élégante du col de la biche.

Quoiqu'il en soit, que la tumeur soit plus ou moins volumineuse, latérale ou médiane, son siège thyroïdien est indiscutable. Mais parfois, résultant soit d'une disposition anatomique congénitale soit du fait de l'énucléation de la glande, d'un noyau de tissu malade, le goître peut exister en dehors du corps thyroïde, devenir en d'autres termes, *goître aberrant*. C'est ainsi que l'on aurait des goîtres rétroclaviculaires, rétropharyngiens, rétroœsophagiens (1) et enfin le goître retrosternal. Ce dernier encore appelé *goître plongeant* (2) aurait une importance et par sa position cachée pour ainsi dire inaccessible à l'intervention et par les troubles graves de compression dont il serait la cause étant en rapport étroit avec les organes si importants du médiastin. Jamais encore cette variété de goître n'a été relevée par M^r Duguet parmi les innombrables cas qui défilent à sa consultation.

Les glandes thyroïdes accessoires peuvent aussi être atteintes de goîtres d'où une nouvelle variété : les *goîtres accessoires*.

Tous sont d'ailleurs des raretés pathologiques relevant toutes d'une disposition embryogénique ; le diagnostic en est rarement fait.

(1) Kauffmann. — Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Leipzig 1883. T. XVIII.

(2) Girod. — Thèse de Montpellier 1888-89.

Ils furent l'objet de nombreux travaux anatomiques et cliniques (3) ; nous n'y insisterons pas.

Ce n'est pas seulement dans leur forme et dans leur siège, mais aussi dans leur aspect sur une coupe que les goîtres peuvent affecter les apparences les plus variables. Aussi est-il difficile d'adopter une classification basée sur la structure microscopique. Virchow eut le mérite de faire remarquer que toutes ces formes différentes ne résultaient que de transformations évolutives ou de modifications régressives ayant pour base originelle la prolifération de l'épithélium glandulaire.

C'est sa classification que nous adopterons en y ajoutant quelques variétés bien décrites par Wölfler. Nous pouvons donc décrire plusieurs types anatomiques principaux :

1° Le *goître hypertrophique* encore appelé *parenchymateux*, *folliculaire*, *goître glandulaire*, toutes appellations indiquant du même coup les grandes ressemblances affectées par la tumeur avec le tissu de la glande normale. Il se présente généralement sous la forme diffuse mais irrégulière donnant ainsi au cou un aspect bosselé. Virchow considérait ce type comme extrêmement fréquent le confondant avec la variété suivante bien isolée par Wölfler qui fit de sa structure histologique une description absolument particulière.

2° *L'adénome fœtal*. — Il affecte ordinaire-

(3) Gruber-Verneuil. — Zuckerkandl-Braun, Madeloung — Wölfler.

ment la forme nucléaire, les noyaux sont tantôt gros, distincts, atteignant le volume du poing, tantôt plus petits, du volume d'une noisette ou d'un pois inclus au sein du tissu glandulaire que seule une palpation minutieuse permet de reconnaître.

3° *Le goître colloïde.* — Il forme les tumeurs les plus volumineuses, envahissant un lobe entier de la glande, parfois même la glande tout entière mais en lui conservant à peu près sa forme; aussi ne trouve-t-on pas de bosselures, ni de nodosités. La coupe est lisse et translucide; le tissu s'écrase facilement sous les doigts laissant ainsi de petites masses transparentes, jaunes et poisseuses comme de la colle: la matière colloïde. Si le développement a été lent, on trouve de grosses vésicules arrondies, dans le cas contraire les logettes deviennent polyédriques par pression réciproque. Quant à la matière colloïde, elle est généralement regardée comme résultant de la sécrétion même des cellules.

4° *Le goître fibreux.* — Il s'agit évidemment là, non d'une variété spéciale, mais d'une transformation du goître folliculaire par hyperplasie puis sclérose du tissu conjonctif interstitiel.

C'est, en d'autres termes, une véritable thyroïdite chronique et de fait les injections interstitielles n'ont d'autre but que de provoquer une sclérose d'origine inflammatoire. Presque toujours la sclérose est partielle, de

telle sorte que de points en points, la main perçoit les parties dures disséminées entourées de tissu mou. D'autres fois ces indurations sont en noyaux de dimensions fort diverses; parfois enfin la sclérose est totale donnant ainsi la sensation d'une tumeur dure entourant la trachée.

5° *Le goître kystique.* — Les petits kystes ne sont pas rares dans le goître colloïde, mais dans certains cas leur volume devient considérable, représentant à eux seuls toute la lésion. Mannoir de Genève, en 1815, les observa le premier; ils sont tantôt uniques tantôt multiples et généralement alors l'un d'eux l'emporte sur tous les autres par ses dimensions. La tumeur franchement ronde à l'origine, devient irrégulière et bosselée dans les anciens kystes; petite, elle peut occuper le centre du corps thyroïde à peu près intact, mais lorsque son volume augmente elle fait peu à peu saillie au dehors pouvant ainsi acquérir un volume très considérable sans amener de troubles graves de compression. Leur paroi est d'épaisseur variable; ici très mince, elle devient ailleurs épaisse, dure et fibreuse, s'entourant même de plaques calcaires. Aussi est-on obligé de déployer une certaine force pour faire pénétrer l'aiguille à travers une telle paroi. Le liquide qui s'écoule par l'aiguille, offre des apparences diverses lui aussi. Primitivement il est séreux, citrin, clair et onctueux; s'il s'est produit une hémorrhagie on peut y trouver tous les modes de régression du sang épanché allant de la

teinte rouge foncé à la teinte chocolat ou à la bouillie noirâtre et poisseuse.

Comment se forment ces kystes ? Wolfler admet deux mécanismes : l'éclatement de la vésicule avec son contenu dans le tissu interstitiel et la fusion de plusieurs vésicules par atrophie des parois qui les séparent.

6° *Le goître vasculaire.* — Dans tout goître les vaisseaux thyroïdiens sont remarquablement volumineux mais dans certains cas ils prennent une exubérance toute spéciale et cet état constitue le goître vasculaire. Que l'hyperplasie porte surtout sur les artères, elle donnera le *goître anévrismatique*, qu'elle affecte au contraire les veines et ce sera le *goître variqueux*. Les vaisseaux atteints conservent leur structure ; d'autres fois au contraire leurs parois sont envahies par l'infiltration calcaire ou la dégénérescence amyloïde. Les grosses artères sont généralement atteintes les premières dans le goître anévrismatique ; c'est dans cette forme en effet que l'on rencontre principalement ces thyroïdiennes volumineuses, tortueuses qui recouvrent de leurs troncs et de leurs anastomoses le paquet vasculo-nerveux du cou. Ordinairement la lésion ne s'étend pas plus loin, mais parfois elle gagne les artérioles et les capillaires ainsi que Ecker l'a démontré le premier. Dans ce cas, à mesure que les branches contournées en tire-bouchon s'enfoncent dans l'épaisseur de la tumeur, on voit la dilatation devenir de moins en moins régulière et sur les artérioles on peut

trouver des anévrismes ampullaires et sacculiformes tout à fait comparables aux anévrismes miliaires des artères cérébrales. Les rameaux anastomatiques sont eux-mêmes dilatés irrégulièrement et il se forme ainsi un véritable tissu érectile.

Le goître variqueux lui, est plus souvent lié à une autre variété de goître, la forme parenchymateuse surtout.

7° *Le goître osseux*. — La dégénérescence calcaire s'observe assez souvent dans les kystes sous forme de bouillie crayeuse, voire même de calculs dans leur intérieur (1) ou sous forme de plaques crétacées dans leurs parois. Dans certains cas, toute la masse goitreuse peut être transformée en une tumeur ayant absolument la consistance et l'apparence du tissu osseux parfait.

Telles sont les principales variétés du goître. Si nous nous sommes un peu longuement étendus sur ce sujet, c'est qu'il y a une véritable relation entre la variété du goître et le plus ou moins d'action sur lui du traitement par injections iodées.

Passons maintenant rapidement en revue les différentes causes qui peuvent favoriser son développement.

(1) Gosselin. — Clinique chirurg. de la Charité. — T. II, 1873, Page 611.

ETIOLOGIE

Distribution géographique. — La notion qui domine l'étiologie du goître, c'est celle de l'endémicité. Il faut voir là l'action de certaines conditions locales, inhérentes à certaines contrées car de tout temps les mêmes régions sont restées les berceaux de la maladie ; l'on peut dire que d'une façon générale, ce sont les pays montagneux qui fournissent le plus fort contingent.

La Suisse arrive en tête ; mais on en rencontre également dans les montagnes de l'Angleterre, en Écosse, dans le Tyrol, de même en Afrique dans l'Atlas, en Amérique dans les Cordillères des Andes, en Asie dans les vallées hautes du Thibet.

En France, on trouve les goitreux principalement dans la Savoie et le Dauphiné (1) dans le Plateau Central, les Pyrénées, les Vosges. Dans la statistique de Du Cazal (2) le chiffre des exemptions pour goîtres est dans la plupart des départements de 0,30 à 2 p. 1.000 tandis que la Savoie et la Haute-Savoie donnent une proportion de 15,66 et de 20,38 p. 1.000, proportion encore bien différente de ce qu'elle était autrefois : 183,58 p. 1.000 d'après Chervin.

(1) Jacques. — Contribution à l'étude du goître dans les Hautes-Alpes.

(2) Du Cazal. — Répartition en France des infirmités susceptibles d'entraîner l'exemption du service militaire (Bulletin de la société d'anthropologie de Paris, 1896.,

A vrai dire ce ne sont pas les hauts plateaux où gisent les goîtreux, mais les vallées profondes, encaissées entre de hautes montagnes, mal pénétrées par la lumière, humides et même marécageuses. Les habitants s'y nourrissent mal, vivent dans des conditions d'hygiène déplorables et les étrangers eux-mêmes qui viennent y demeurer sont susceptibles de contracter la maladie.

A côté de cette distribution géographique du goître endémique, il faut reconnaître que l'on voit l'affection se montrer à l'état sporadique. Parfois ces cas ne sont sporadiques qu'en apparence, les malades ayant fait, pendant leur enfance, un séjour plus ou moins prolongé dans un pays à goître. Il s'est passé alors quelque chose d'analogue à ce que l'on constate dans les pays à malaria où l'on voit des individus rester réfractaires à l'infection paludéenne tant qu'ils séjournent dans le pays et chez les quels le premier accès de fièvre intermittente correspond à leur départ de la région suspecte. Pourtant un certain nombre de goîtres surviennent chez des sujets n'ayant jamais quitté leur pays natal, plaine éloignée des montagnes et même du bord de la mer.

Enfin dans les contrées où le goître existe à l'état endémique, l'on voit parfois survenir des *épidémies* véritables, épidémies de collèges, de casernes, de prisons, atteignant plus des deux tiers des individus. Ces accidents peuvent n'être que passagers, simple congestion thyroïdienne; mais ils peuvent aussi persister à l'état de él-

sion permanente affirmant ainsi l'étroite parenté entre le goître épidémique et le goître endémique.

Age. — Rares sont les goîtres congénitaux existant à la naissance, on en cite quelques cas, presque tous de nature kystique (cas de Friereich, d Boucher, Beduar, Adelman). Demme a observé une goître de 102 grammes chez un fœtus de 3 kilog.; ce sont là des exceptions.

L'époque de la puberté est l'époque d'apparition du goître par excellence, de 7 à 12 ans au dire des observateurs. Dans certaines écoles de la Savoie, le nombre des enfants atteints de goître est plus grand que le nombre de ceux qui en sont indemnes.

Sexe. — Le nombre des femmes atteintes est certainement de beaucoup prédominant; Baillarger sur 13.090 cas a trouvé 4 606 hommes contre 8.484 femmes. L'époque des règles a une influence très marquée sur la tumeur qui subit parfois une poussée hypertrophique. La grossesse de même est une période de prédilection pour l'apparition des goîtres (1). D'après Lawson ce serait dans 66 p. 100 des cas à l'occasion du premier accouchement et dans 34 p. 100 dans les accouchements ultérieurs. Exceptionnellement enfin la tumeur apparaît ou grossit à l'époque de la ménopause.

Hérédité. — Il est difficile d'apprécier l'influence étiologique de l'hérédité dans une région où le goître règne à l'état endémique, il

n'est pourtant pas contestable que dans les cas sporadiques ce facteur joue un rôle important. Friedreich rapporte l'observation d'une famille dans laquelle le père et cinq enfants étaient atteints d'hypertrophie du côté droit de la glande thyroïde et cela dans une localité où le goître n'était pas endémique.

Nous allons retrouver plus loin dans nos observations des cas nombreux où les influences ci-dessus relatées sont incontestables. Ces influences sont toutes prédisposantes, aucune d'elles ne nous révèle la cause intime et véritable du goître. Malgré le nombre très grand de tous les facteurs étiologiques de cette affection, sa pathogénie reste encore actuellement fort obscure et la question, malgré les progrès de l'anatomie pathologique, de la bactériologie n'est pas plus avancée aujourd'hui qu'il y a vingt ans. Nous en sommes encore réduits à formuler des hypothèses, à émettre des théories. Celles-ci peuvent être rangées sous trois chefs : théorie mécanique, théorie chimique et théorie parasitaire.

Théorie mécanique. — Elle a pour base l'influence de l'effort sur la circulation thyroïdienne. Les turgescences répétées peuvent-elles produire le goître ? Rien n'est moins établi que ce fait ; l'effort est trop communément répandu

(1) Mangin. — Contribution à l'étude du goître puerpéral
Thèse Paris, 1894.

Taillefer. — Thèse, Toulouse 1895.

Odeye. — Thèse, Paris 1895.

pour pouvoir exercer autre chose qu'une influence occasionnelle tout à fait secondaire.

Théorie chimique. — Tous les principes constitutifs des eaux ont été incriminés : les sels calcaires, les phosphates, l'acide carbonique, la magnésie, les pyrites de fer, les fluorures, le manque d'aération ont été mis en cause. Il résulte des analyses nombreuses faites de différentes eaux goîtrigènes, qu'il n'existe aucune relation entre la fréquence des goîtres et la plus ou moins grande abondance dans l'eau de l'un ou l'autre de ces principes. Peut-être faut-il attacher un peu d'importance aux opinions qui font jouer un rôle à l'absence d'iode dans l'eau des montagnes eu égard aux bons effets que produit dans le goître la médication iodée et à la richesse en iode du corps thyroïde lui-même. Ici encore cependant existent des contradictions flagrantes telles que la disparition du goître sur les hauts plateaux et les sommets élevés où l'iode pourtant ne pourrait y être que plus rare ; le développement par contre du goître sur les rives de l'Allier alors que ses eaux contiennent quantité d'iodures, toutes objections à élever contre la théorie chimique.

Théorie parasitaire. — Reste la théorie parasitaire émise pour la première fois par Humboldt et qui ne repose que sur des hypothèses. Le parasite fut inutilement recherché dans le sang, dans le goître ; l'on pensa qu'il avait l'eau pour véhicule et de fait l'influence nocive des eaux

fut bien établie (1). En 1860 déjà, Wagner cite des puits de certaines localités suisses dont, l'eau donne le goître. Au dire de Combes il existe aujourd'hui encore des villages des cantons de Vaud et de Berne où certaines fontaines sont interdites, les conscrits y vont s'abreuver pour échapper au service militaire. Fait plus net encore rapporté par Bircher, une commune tellement éprouvée qu'elle avait 59 p. 100 d'enfants goitreux à l'école et 25 p. 100 d'exemptions annuelles du service militaire, pour goîtres, se décide à amener l'eau d'une autre source. Le nombre des écoliers malades descend l'année suivante à 37 p. 100 et quelques années après à 25 p. 100. Le goître fréquent à Reims il y a cent ans disparut lorsqu'on remplaça l'eau de puits par une eau de source.

L'eau des montagnes fut examinée, on y découvrit beaucoup d'espèces microbiennes différentes. Quels étaient le ou les micro-organismes nuisibles ? Jamais les observateurs (Bircher, Klebs, Lantz) ne purent cultiver ni même constater un microbe dans le goître.

La théorie parasitaire est donc encore à attendre les premiers éléments d'une démonstration rigoureuse.

En résumé l'essence même, la cause intime et provocatrice du goître nous est totalement inconnue, réduits que nous sommes aux hypothèses et à l'énumération des conditions prédisposantes et adjuvantes. La seule médication

(1) Rocher. — Deutsche Zeitschrift für Chirurgie 1892.,

rationnelle s'adresse à la cause en vertu de ce vieil adage : « *Sublata causa tollitur effectus* » ; ne pouvant dans le cas présent supprimer la cause, force nous est de combattre l'effet, c'est-à-dire la tumeur, et c'est ici que va intervenir l'injection interstitielle de teinture d'iode.

L'INJECTION

Rien n'est plus simple et ne demande moins d'apprêts que le manuel opératoire de l'injection.

Le liquide employé par le docteur Duguet n'est autre chose que la teinture d'iode, la teinture d'iode du Codex, pure, bien entendu, et préparée avec les précautions aseptiques d'usage. Il n'est nullement nécessaire de lui faire subir une manipulation quelconque ; le liquide étant par lui-même antiseptique et stérile il n'y a aucune crainte à avoir quant à l'infection par cette voie. De fait nous n'avons vu dans aucune des observations mentionnées, de cas de thyroïdite suppurée et pourtant le cou des malades n'a même pas subi les apprêts fort longs d'une minutieuse asepsie.

La seringue employée est simplement l'ordinaire seringue de Pravaz. L'on vérifiera évidemment avant l'injection son bon fonctionnement, condition indispensable, car parfois le liquide devra être poussé avec une certaine force. Seringues et aiguilles seront aseptisées. A la consultation de Lariboisière où dans la matinée Monsieur Duguet pratique jusqu'à cinquante injections successives, voici comment les instruments sont préparés, afin de rendre la perte de temps insignifiante entre chaque opération, en s'entourant du maximum de précautions. L'on prépare 5 à 6 seringues aseptisées par le

passage successif de liquides antiseptiques. (sublimé, eau boriquée). Les seringues reposent ensuite dans un bassin préalablement rempli d'eau alcoolisée, ce qui a le double avantage de les laisser aseptiques tout en maintenant leur piston en bon état de fonctionnement. Les aiguilles sont flambées puis plongées dans la solution alcoolisée. Un aide remplit les seringues de teinture d'iode, les passe à l'opérateur et lui remet l'aiguille. L'injection terminée, l'aiguille est replongée dans un petit récipient contenant de l'huile stérilisée, prête ainsi à resservir pour une prochaine injection. De la sorte avec quatre seringues et autant d'aiguilles les quarante injections en moyenne y compris la mesure des circonférences du cou des sujets, ne prennent que trois quarts d'heure à une heure environ.

L'injection ne doit se faire que sur le sujet assis, le malade se trouvant face à l'opérateur ; ce dernier reconnaît d'abord la tumeur, ce détail paraît tout d'abord suranné mais en pratique il faut parfois une grande habitude pour reconnaître certaines tumeurs thyroïdiennes fort légères, se confondant, surtout chez une femme ayant un certain embonpoint avec le tissu graisseux. Pour la mettre bien en évidence, il suffit d'ordonner au sujet un mouvement de déglutition ; le larynx, grâce à ce mouvement, remonte sur la base du maxillaire inférieur entraînant avec lui la tumeur qui lui est solidement attachée. Celle-ci est alors saisie entre le pouce et l'index de la main gauche, comprimée légèrement de façon à l'énu-

cléer un peu et à lui faire projeter une saillie. De la main droite l'aiguille saisie par l'embout est franchement et perpendiculairement enfoncée. C'est là un temps qui, très facile pour les hypertrophies volumineuses, demande un certain doigté que l'habitude donne rapidement, lorsqu'il s'agit des légers goîtres dont nous parlions tout à l'heure.

La grande, la seule précaution presque à prendre, consiste à ne jamais enfoncer l'aiguille surmontée de la seringue mais toujours à n'ajuster la seringue qu'une fois l'aiguille bien en place.

De la sorte on évite l'injection dans un vaisseau ; dès que l'aiguille en effet aura perforé la paroi d'une veine thyroïdienne, l'on verra perler une goutte de sang à l'orifice ; rien ne sera plus facile de retirer l'aiguille et de pratiquer l'injection en quelque autre place.

Elle devra être poussée très lentement en ne cessant de regarder le visage du sujet ; ce dernier exprime-t-il une souffrance trop vive, l'on arrêtera l'opération. La plupart du temps nous avons toujours vu les malades recevoir sans inconvénient la seringue entière de liquide, seules les tumeurs légères ne recevaient qu'une demi-injection ou qu'un quart de seringue. Le premier effet de l'injection est de provoquer une toux sèche et opiniâtre, une toux réflexe ; pour combattre ce réflexe, à la consultation de Lariboisière, le sujet reçoit à boire immédiatement après l'injection un quart de verre de vin sucré ce qui forçant à la déglutition empêche

par un réflexe surajouté le réflexe de la toux de se produire.

Assez fréquemment, le sujet ressent au moment de l'injection et subsistant quelques minutes après une douleur assez vive avec irradiation fort nette à l'oreille du côté où l'on a pratiqué l'injection. Cette douleur aiguë cède assez rapidement; elle n'est d'ailleurs aucunement comparable aux souffrances sourdes et diffuses ressenties parfois par le malade le lendemain de l'injection et les jours suivants, indice du processus inflammatoire que celle-ci détermine dans l'intimité du tissu.

Quant aux accidents plus graves dont on a parlé et dont on fait autant d'objections à la méthode nous n'en avons jamais constaté à la consultation du docteur Duguet et nous n'en trouvons relaté aucun dans ses observations.

La simple précaution qui consiste à enfoncer l'aiguille avant d'ajuster la seringue évite de pousser le liquide dans un vaisseau. L'issue par l'orifice d'un liquide citrin, colloïde, indiquant un kyste, ne constitue aucunement une contre indication; seule, la présence du sang doit arrêter l'opérateur.

L'on a signalé des cas de perforation de la trachée et d'injection de teinture d'iode dans les voies aériennes. C'est là, il faut en convenir un danger facile à éviter; il faut vraiment peu d'expérience pour ne pas reconnaître la présence des anneaux cartilagineux du conduit respiratoire et ne pas avoir la sensation d'une

aiguille arrêtée par une surface dure et lisse; nous n'avons aucune connaissance de faits semblables.

Parfois nous avons eu des sujets d'une extrême nervosité, pris d'étourdissements, de nausées, de crises même; la simple position horizontale suffit à dissiper ces légers accidents. Quelques observateurs néanmoins citent des cas de mort subite par syncope; ils doivent être d'une excessive rareté (1). (Schmidt, Krieg).

Plus éloignés de l'injection peuvent survenir quelques symptômes dont il ne faut pas s'alarmer. Nous avons déjà signalé les douleurs sourdes et gravatives, il n'est pas rare également de voir se produire un torticolis assez douloureux durant un ou deux jours, parfois accompagné de courbature fébrile, puis tout rentre dans l'ordre; d'autre fois la voix s'enroue, la déglutition devient un peu pénible, troubles essentiellement passagers. Le larmoiement, l'éruption de vésicules et de papules sur le visage indiqueraient un léger degré d'intoxication par iodisme, c'est là un fait rare. Quant aux accidents infectieux, la thyroïdite suppurée signalée déjà au cours de cet ouvrage, les moindres précautions d'asepsie suffisent à les éviter; nous n'en avons que de très rares exemples dans la statistique que nous possédons (voir plus loin les observations). Le trai-

(1) Schmit — Deutsche Med. Woch 1884.

Krieg — Med. Corr. Blat des Wurtemberg Aertze Vereins, Stuttgart 1886.

tement est donc d'une bénignité parfaite; toutefois il est quelques circonstances qu'il faut connaître et qui doivent, passagères ou non, servir de contre-indications à l'injection.

Toute affection intercurrente, aiguë ou chronique et surtout celles qui s'accompagnent de production d'albumine, devra autant que possible servir de contre indication à l'injection. Il y a plus; nous avons vu les rapports étroits qui unissent chez la femme la tumeur thyroïdienne et la vie génitale. Le goître appar t parfois à la suite d'une grossesse; les menstrues produisent aussi une congestion passagère de la glande; l'on devra donc éviter de pratiquer l'injection chez une femme enceinte surtout pendant les derniers mois de grossesse, de même à l'époque des règles s'abstiendra-t-on de toute opération.

Enfin constate-t-on chez un goîtreux l'existence de troubles nerveux ou circulatoires pouvant éveiller l'idée d'une maladie de Basedow, la contre indication formelle est une règle absolue. En s'entourant des précautions décrites, avec les contre indications indiquées, les injections iodées pourront être pratiquées sans crainte d'amener une complication quelconque et suivies de résultats positifs dans certaines conditions que nous allons passer en revue.

OBSERVATIONS

Trop nombreuses sont les observations recueillies à la consultation du docteur Duguet, il faudrait des volumes entiers pour toutes les publier. Nous nous sommes donc décidés à prendre au hasard une année et à diviser les cas relatés en trois classes : cas guéris, cas améliorés, cas réfractaires; encore, parmi ces derniers, ne donnerons-nous que quelques cas typiques; enfin nous ajouterons certains faits pris au hasard, qui nous ont paru présenter quelque détail intéressant.

La majeure partie des observations qui suivent ont été prises pendant l'année hospitalière 1895-1896. Cette date nous a paru la plus avantageuse à un double point de vue, tout d'abord elle n'est point encore assez loin de nous pour que nous ayons entièrement perdu de vue les malades, du moins en grande partie; en second lieu elle est assez distante encore pour affirmer la guérison probable des cas considérés comme tels.

GUÉRISONS

OBSERVATION I

*Goître parenchymateux, un an et demi
de traitement, 14 injections*

M^{me} C., mécanicienne, 35 ans, rue Vieille du

Temple, 45. Née en Alsace, près de Strasbourg. A Paris, depuis 12 ans. Pas de goître dans la famille, elle n'en a pas remarqué dans le pays. — Bonne santé habituelle. Réglée à 18 ans, mais jamais à époques fixes. A eu 4 enfants.

Il y a un an le goître a commencé à apparaître ; 4 mois environ après son dernier accouchement, elle a remarqué une tumeur de la grosseur d'une noisette. Depuis, la tumeur a grossi insensiblement et la malade n'a pas remarqué d'influence menstruelle sur son développement.

Pas de gêne dans le sommeil, mais est continuellement obligée de faire des mouvements de déglutition.

Aucun traitement antérieur.

Dimensions. Au bas de la tumeur, 37 centimètres.

Au milieu 34 —

A la base du cou.... 32 —

Le goître occupe le lobe droit empiétant un peu sur la ligne médiane sous forme d'une tumeur grosse comme un œuf, de consistance mollassse.

Rien dans les urines.

29 novembre 1893. — Injection seringue entière.

6 décembre. — Aucune souffrance.

Dimensions : 35, 32, 32,5.

Injection à droite.

20 Décembre. — Rien à relater.

Injection à droite et en bas.

L'injection à droite et en bas est répétée les 27 décembre 1893, 3 janvier 1894, 10 janvier, 17, 24, 31 janvier.

Le 14 février. — Dimensions : 35, 32, 31,5. Injection.

Le 14 mars. — La tumeur a disparu ; la tumeur est guérie. Revient en 1895 avec un petit noyau ; il sort de l'aiguille un peu de liquide brunâtre.

Trois injections sont pratiquées les 9, 16, 30 janvier 1895 ; guérison maintenue depuis,

OBSERVATION II

Goître parenchymateux ; un an et demi de traitement ; 30 injections

M^{lle} M. B., 37 ans, née dans le Piémont, pays à goîtres.

Pas de goître dans la famille, pas de maladies antérieures, sauf l'influenza en 1891.

Réglée depuis l'âge de 13 ans et toujours bien réglée. Ne s'est aperçue de son goître qu'il y a 6 semaines par un malaise et une gêne la nuit pour respirer.

Pas d'accroissement de volume au moment des menstrues.

Gêne à la respiration, essoufflement à la marche.

Traitement antérieur par applications de teinture d'iode et bromure de potassium à l'intérieur.

Rien dans les urines.

Le goître occupe le lobe moyen, mobile avec le larynx, du volume d'une noix.

Le 20 juin 1894. — Dimensions : 33 en haut, 30,5 au milieu, 30 en bas.

Injection profonde en bas et à gauche.

27 juin. — A souffert deux jours après l'injection.

Dimensions : 32, 30, 29.

Nouvelle injection à gauche.

4 juillet. — Injection en avant.

18 juillet. — Souffrance pendant quelques jours.

Demi-injection à gauche.

Les demi-injections sont répétées les 25 juillet, 1^{er} et 8 août, reprises le 3 octobre et continuées presque toutes les semaines jusqu'au 27 mars 1895. La malade, dans l'intervalle des injections, a ressenti quelques douleurs à la déglutition et un peu de torticolis. L'oppression a totalement disparu par contre, si bien que le sommeil est calme et que la marche n'est aucunement pénible.

Les injections sont pourtant pratiquées encore, mais par demi-seringue seulement les 24 avril, 8 mai, 13 juin, 31 juillet, 23 octobre, 6 novembre.

4 décembre. — Les dimensions sont de 30, 29,5, 30.

La tumeur a totalement disparu. Guérison.

OBSERVATION III

*Goître parenchymateux. Un an de traitement.
17 injections*

M. H., ciseleur, 20 ans et demi, né à Paris. Pas de goître dans la famille.

Antécédents personnels : scarlatine il y a 8 ans ; bien portant depuis. Ne s'est aperçu de son goître qu'il y a 3 mois parce qu'on lui en a fait la remarque.

Aucune gêne fonctionnelle. Aucun traitement.

8 août 1894. — Demi-injection à droite.

17 octobre. — Constriction de la gorge et dysphagie pendant 5 jours. Demi-injection à droite.

Ces demi-injections sont pratiquées durant octobre, novembre et décembre 1894, puis janvier, février et mars 1895.

27 mars. — Plus de tumeur apparente.

Revient le 2 octobre où l'on confirme la guérison.

OBSERVATION IV

*Goître parenchymateux. 8 mois de traitement
22 injections*

M^{lle} Clotilde D., couturière, 16 ans et demi, née à Paris.

Goître inconnu dans la famille.

Réglée à 15 ans, mal réglée. Pas de maladies antérieures. Maux de tête fréquents.

Le goître a été aperçu par la malade il y a 4 ans, occupait déjà les parties latérales, rien de médian.

Les premières règles l'ont fait augmenter rapide-

ment, depuis elles exercent à chaque époque une influence évidente sur la tumeur.

Gêne de rotation de la tête.

Traitement antérieur : Coton iodé et sirop d'iodure de fer.

Résultat nul.

Rien dans les urines.

Le goître occupe les trois lobes, donnant au cou des dimensions exagérées ; à peine mobile sur le larynx ; consistance mollassse, dure par places.

8 août 1894. — Dimensions : 36, 35, 33.

Injection à gauche.

3 octobre. — Dimensions : 33, 31, 30.

Injection à droite.

17 octobre. — Courbature fébrile, deux jours.

Demi-injection à droite.

31 octobre. — Courbature fébrile, deux jours.

Demi-injection à droite.

Celles-ci sont continuées en novembre, décembre, janvier 1895, mars et avril, toujours par demi-seringue.

24 avril. — Dimensions : 30, 28, 29.

Pas d'injection, rien d'apparent.

Revient le 12 juin. Demi-injection profonde à droite.

17 juillet. — Dimensions : 29.5, 29, 29.

Guérison absolue.

OBSERVATION V

Goître parenchymateux diffus. 8 mois de traitement. 19 injections

M^{me} Marie A., 29 ans, femme de chambre, née à Bastogne (Belgique). Pas de goître dans le pays ni dans la famille.

Réglée vers 13 ans, depuis bien réglée, pas d'enfants.

Le goître est apparu depuis 1 mois et a grossi depuis, très rapidement. Pas de gêne fonctionnelle, pas d'influence par les menstrues.

Traitement antérieur à la Pitié : X gouttes de teinture d'iode par jour pendant 15 jours. La tumeur aurait diminué. Goître diffus occupant les trois lobes, surtout les lobes moyen et droit, s'élevant vers le larynx.

10 Octobre 1894. — Dimensions : 36 1/2, 35, 32.

Injection à droite.

17 Octobre. — Courbature fébrile, 2 jours.

Demi-injection à droite.

21 Octobre. — Dimensions : 36, 34, 32.

Injection à droite.

Les injections sont répétées en novembre et en décembre, suivies chaque fois d'enrouement et de torticolis.

Reprises en 1895, pendant janvier, février (1 fois), mars (1 seule demi-injection), avril (2 fois).

8 Mai. — Presque rien d'apparent.

Demi-injection à gauche et en bas.

22 Mai. — Dimensions : 34, 32, 32.

Guérie. — Revue ultérieurement, guérison confirmée.

OBSERVATION VI

Goître parenchymateux. — Un an 1/2 de traitement. — 40 injections

M^{lle} Jeanne C..., âgée de 16 ans, couturière, née à Paris. Hérédité nulle.

Antécédents personnels : scarlatine à 10 ans, rougeole, coqueluche.

Réglée depuis 4 mois.

Goître apparu depuis 2 mois, grossit au moment des menstrues.

Aucune gêne fonctionnelle.

Traitement antérieur : sirop iodo-tannique et iodure à raison d'une cuillerée à bouche pendant 15 jours. Résultat nul.

Le goître de consistance mollassse occupe en fer à cheval la région antéro-latérale du cou.

17 Octobre 1894. — Dimensions : 32 1/2, 31 1/2, 30.

24 Octobre. — Injection à droite.

31 Octobre. — Torticolis et dysphagie, 5 jours.

Dimensions : 31 1/2, 30, 29.

Demi-injection à droite.

Les injections sont continuées en novembre et décembre avec torticolis et douleur dans leur intervalle.

En 1895 on pratique des injections d'une demi-seringue chacune sans aucun accident.

Le 29 janvier 1896. — On ne constate plus que quelques petites indurations.

Dimensions : 30, 29, 29.

22 Avril 1896. — Aucune injection, plus de tumeur. Guérison.

OBSERVATION VII

Goître parenchymateux. — 5 mois de traitement. — 13 injections

M^{lle} Marguerite C..., écolière, 16 ans, née à Paris, Aucun goître dans la famille.

Pas de maladie antérieure.

Réglée à 12 ans 1/2 et depuis bien réglée.

S'est aperçue de son goître depuis 5 ou 6 mois ; ce dernier a augmenté progressivement depuis.

Gêne à la déglutition, à la respiration, fatigue dans la marche.

Pas d'influence des menstrues.

Traitement antérieur : teinture d'iode en application, iodure de potassium à l'intérieur ; résultat nul.

7 Novembre 1894. — Le goître peu développé, occupe en fer à cheval la région antérieure du cou, mobile avec le larynx.

Dimensions : 32 1/2, 31, 31.

Demi-injection à gauche.

21 Novembre. — Dysphagie 2 jours, torticolis 4 jours.

Demi-injection à droite.

28 Novembre. — Torticolis 1 jour.

Dimensions : 31 1/2, 31, 30.

Demi-injection à droite.

5 Décembre. — La piqûre a provoqué une parésie du bras droit avec œdème.

Pas d'injection.

19 Décembre. — Demi-injection à droite.

Les injections sont reprises par demi ou quart de seringue en janvier 1895, février, mars, suivies chaque fois d'une légère douleur, de dysphagie, de torticolis et de céphalalgie durant quelques jours.

1^{er} Mai. — Dimensions : 31 1/2, 30, 29 1/2.

Pas de tumeur apparente. Guérison.

OBSERVATION VIII

Goître parenchymateux diffus. — 6 mois de traitement. 20 injections

M^{me} Françoise L..., 30 ans, ménagère, née à Varse (Haute-Saône), quelques goîtres dans le pays et pas de goître dans la famille.

Réglée à 14 ans. Bien réglée depuis, 2 enfants bien portants.

A senti, il y a 2 ans, une petite grosseur du cou, laquelle a augmenté peu à peu de volume.

Pas de gêne fonctionnelle.

Aucune influence par les menstrues.

Aucun traitement qu'une pommade sans action.

14 Novembre. — Goître diffus occupant tout le corps thyroïde, principalement le lobe droit.

Dimensions : 37, 35, 32.

Injection à droite.

Injections en novembre, décembre, janvier 1895, février et mars, à raison d'une seringue ou d'une demi-seringue seulement.

Reprises le 15 mai, le 22 mai, les 12, 19 et 26 juin.

3 Juillet 1895. — Dimensions : 32, 29, 29.

Pas d'injection, presque guérie.

17 Juillet. — Guérison confirmée.

OBSERVATION IX

Goître fibro-kystique nettement limité.

4 mois de traitement. — 14 injections

M^{me} C..., rentière, 46 ans, née à Paris, pas de goître dans la famille, 5 enfants bien portants, 5 fausses couches.

Aucune maladie antérieure.

S'est aperçue il y a 2 ans que son cou devenait gros.

Aucune gêne fonctionnelle.

La tumeur grossit au moment des règles.

Depuis 18 mois fait des applications de teinture d'iode avec iodure de potassium à l'intérieur. Résultat nul.

3 Avril 1895. — Le goître occupe le lobe droit, sous forme d'une petite orange, peu mobile avec le larynx, de consistance dure.

Dimensions : 35, 32, 32.

Injection à droite, Il sort à la piqûre quelques gouttes de liquide couleur café.

10 Avril. — Torticolis, 3 jours.

Demi-injection à droite.

Injections les 24 avril, 1^{er} mai avec chaque fois un léger torticolis.

8 Mai. — Piqûre d'une poche kystique, issue de sérosité louche.

Injection à droite.

Dimensions : 34, 31, 31.

Injections le 15 mai, les 22, 29 mai, les 4, 12, 19, 26 juin, le 3 juillet.

10 Juillet. — Plus rien d'apparent, pas d'injection.

Dimensions : 33 1/2, 31, 31 1/2.

6 Novembre. — La malade revient faire constater la guérison.

Dimensions : 32, 31, 31.

OBSERVATION X

Goître fibro-kystique très vasculaire. — 2 mois de traitement. — 5 injections.

M^{lle} Jeanne A..., 19 ans, couturière, née à Paris.
Pas de goître dans la famille.

Réglée à 13 ans, régulièrement depuis.

Début probable en janvier 1895.

S'aperçoit en faisant sa toilette d'une grosseur du volume d'une noix au côté droit du cou.

Aucun trouble fonctionnel.

Traitement antérieur : iodure de potassium à l'intérieur. Sans résultat.

19 Juin 1895. — Goître du volume d'une grosse noix siégeant dans la moitié droite de l'isthme, dur, très vasculaire, de consistance fibro-élastique, mobile avec le larynx.

Dimensions : 35 1/2, 34, 31.

A la piqûre il sort un peu de liquide roussâtre.

Une injection à droite.

3 Juillet. — Injection en bas et à droite.

10 juillet, 17 juillet, 31 juillet. — Injections sans aucun trouble.

23 Octobre 1895. — Dimensions : 34, 32, 31,5.

Pas de tumeur appréciable. Guérison.

OBSERVATION XI

Goître parenchymateux. — 10 mois de traitement. — 18 injections

M^{me} Marie G..., 42 ans, commerçante, née à Saint-Sauveur-le-Vicomte (près Cherbourg).

Réglée à 13 ans, depuis régulièrement.

3 enfants bien portants.

Forcée il y a six mois d'élargir le col de ses vêtements.

Pas de troubles fonctionnels.

Traitement antérieur : iodure de potassium à l'intérieur sans résultat.

3 juillet 1895. — Goître occupant l'isthme et le lobe gauche, pas très volumineux.

Dimensions : 38, 34, 32.

Injection à gauche.

10 juillet. — Céphalalgie 4 jours.

Demi-injection à gauche.

Injections à gauche les 17, 24 et 31 juillet.

Injections reprises, mais en avant, en octobre le 16, et continuées en décembre, en janvier 1896, février et mars.

22 avril 1896. — Dimensions, 36, 33, 32.

Plus de tumeur apparente.

Guérison.

OBSERVATION XII

Goître charnu. — 9 mois de traitement.

22 injections

M^{me} L., 45 ans, ménagère, née à Courtray (Oise).

Régée à 13 ans, aucune maladie; nervosité extrême; s'est aperçue qu'elle avait le cou gros depuis 8 jours seulement.

3 juillet 1895. — Goître du volume d'une petite pomme, charnu, à prédominance antéro latérale gauche.

Dimensions : 36, 32, 32.

Injection à gauche.

Injections continuées les 10, 17, 24 et 31 juillet sans accidents.

Reprises et continuées les 2, 9, 23 et 30 octobre avec parfois un léger torticolis.

Puis les 6, 13, 20, 27 novembre.

Le 11 décembre.

8, 15, 29 janvier, 5, 12, 26 février, 1896.

18 et 25 mars.

10 juin 1896. — Dimensions : 34, 32, 32.

Aucune tumeur appréciable, guérison.

OBSERVATION XIII

Goître parenchymateux. — 9 mois de traitement 15 injections

M^{me} B., 26 ans, née à Orthez (Basses Pyrénées).

Pas de goître dans le pays.

Réglée à 15 ans, régulièrement depuis.

Aucune maladie antérieure.

S'est aperçue il y a 2 mois de son goître, qui, dit-elle succède à un mal de gorge.

10 juillet 1895. — Le goître occupe le lobe droit sous forme d'une tumeur arrondie, du volume d'un œuf, mobile avec le larynx.

Dimensions : 34, 30,5, 29,5.

Injection en bas.

17 juillet. — Torticolis, dysphagie 3 jours.

Demi-injection à droite.

Les injections entières ou demi-seringue sont reprises en octobre novembre et décembre 1895 sans trouble aucun puis en janvier à février 1896.

4 mars 1896 dimensions 31.30.30.

Plus de tumeur, pas d'injection.

Revue le 13 mai 1896, guérie.

OBSERVATION XIV

Goître diffus parenchymateux datant de 30 ans 1 an de traitement 41 injections

M^{me} Augustine M. 50 ans, passementière née à Paris.

Pas de goître dans la famille, pas de maladie antérieure sauf un léger bégaiement.

Réglée à 14 ans, ne voit plus depuis l'âge de 43 ans. Mariée à 21 ans, 2 enfants bien portants.

Début du goître. Vers l'âge de 20 ans s'aperçut que son cou grossissait à la partie antérieure, sous la

forme d'une petite tumeur qui se développa très lentement. Jusqu'à l'âge de 38 ans, aucun traitement. Elle prit alors quelques gouttes de teinture d'iode et appliqua une pommade (?) sans résultat aucun.

Il y a 2 ans alla consulter à une clinique où chaque semaine on lui injecta une seringue de teinture d'iode ; le goître s'arrêta dans son développement. N'y retourna plus puis remarqua que la tumeur augmentait de nouveau.

17 juillet 1895. — Le goître peu mobile avec le larynx et de consistance charnue occupe tout le corps thyroïde surtout dans sa partie antérieure.

Dimensions 39,5, 37, 32,5.

Injection en avant.

21 juillet. — Oppression 2 heures.

Injection en avant.

24 juillet. — Idem.

Reprises le 2 octobre, les injections ne provoquèrent aucun trouble.

Répétées presque chaque semaine alors jusqu'en juillet 1896.

Le 29 juillet 1896. — Dimensions 39, 36, 34.

Demi-injection en avant.

En août 2 injections encore.

14 octobre 1896. — Dimensions 37, 35, 33 1/2.

La tumeur à disparu, la malade est considérée comme guérie.

OBSERVATION XV

Goître parenchymateux. 1 an et 2 mois de traitement. 25 injections

M^{me} N. 46 ans. Née à Lyon.

Réglée à 13 ans. 8 enfants.

Goître depuis 12 ans à la suite d'une couche.

Aucun traitement antérieur.

31 juillet 1895. — Le goître prédominant en avant

occupe tout le corps thyroïde ; la moitié inférieure du cou est saillante ; la tumeur est légèrement mobile avec la larynx.

Dimensions 36,5 33, 31,5.

Injection en avant.

Reprises en octobre sans trouble aucun si ce n'est une légère douleur ; les injections sont continuées jusqu'en octobre 1896.

21 octobre 1896. — Dimensions 31 1/2, 29, 31.

La tumeur a disparu, pas d'injection guérison.

OBSERVATION XVI

Goître petit, parenchymateux. 1 mois de traitement, 3 injections

Mlle Eugénie C. 20 ans couturière habite Asnières.
Pas de goître dans la famille.

Antécédents personnels : Variole à 8 ans, pneumonie à 10 ans, amygdalotomie droite à 13 ans.

Règlée à 17 ans, pas régulièrement.

N'a remarqué son goître que depuis une semaine environ.

24 juillet 1895. — Le goître occupe les 2 lobes du corps thyroïde, sous forme de 2 petites saillies visibles surtout pendant la déglutition.

Dimensions 32,5, 30,5, 29,5.

Demi-injection à gauche.

Le 31 juillet. — Demi-injection à droite.

26 octobre. — Dimensions 33, 30, 29.

Les tumeurs ont disparu. Guérison.

OBSERVATION XVII

Goître petit, parenchymateux, 4 mois de traitement, 9 injections

Mme Louise G. 41 ans, découpeuse née à Paris.

Pas d'antécédents héréditaires ou personnels.

Règlée à 12 ans, pas d'enfants.

Depuis 6 semaines la malade s'est aperçue d'une petite tumeur en avant du cou, tumeur qui monte dans les mouvements de déglutition.

29 octobre 1895. — Le goître occupe le lobe médian sous forme d'une petite tumeur molle.

Demi-injection en avant.

Torticolis à la suite.

Les demi-injections sont reprises jusqu'au 15 janvier 1896, inclusivement.

26 février 1896. — Aucune injection, la tumeur a disparu.

22 avril. — Guérison confirmée.

OBSERVATION XVIII

Petit Goître parenchymateux, 1 injection

M. L. gardien de la paix 30 ans né à Montceau-le-Neuf (Aisne).

Antécédents héréditaires : la mère a eu le cou gros ?

Antécédents personnels : rien.

S'est aperçu il y a 10 mois d'une petite saillie ou devant du cou.

23 octobre 1895. — Le goître occupe la région antéro-inférieure du cou sous forme d'une petite noix, mobile avec le larynx.

Demi-injection en avant.

Le 13 novembre. — Le goître a disparu, pas d'injection.

OBSERVATION XIX

Goître parenchymateux, 7 mois de traitement, 15 injections

Mme M. 54 ans. Aucun antécédent ni héréditaire, ni personnel, 5 enfants dont 3 morts-nés. Couches très laborieuses.

Début du goître il y a 4 mois.

15 janvier 1896. — Le goître occupe la région antérolatérale gauche.

Dimensions : 37, 34, 33.

Demi-injection en avant.

Les demi-injections sont continuées jusqu'en juillet.

10 juillet 1896. — Dernière injection (demi-seringue).

14 octobre 1896. — Dimensions 33,5. 31,5. 32.

Guérison.

OBSERVATION XX

Goître parenchymateux. Récidive. Durée totale du traitement 1 an, 20 injections en tout.

Mme D. couturière 48 ans, née dans l'Eure à Nonancourt.

Pas de goître dans le pays ni dans la famille.

Début il y a 20 ans. Devenait gênant depuis 8 jours.

12 février 1896. — Le goître occupe la région antérolatérale gauche au-dessus du sternum, un peu mobile avec le larynx, du volume d'un petit œuf.

Dimensions 34 ; 32 ; 30.

Les injections sont pratiquées à raison d'une demi-seringue chaque fois, n'amenant qu'un peu de courbature, de dysphagie, d'otalgie.

Le 27 mai. — Après 10 injections la malade est considérée comme guérie.

Dimensions 32,5 ; 30,5 ; 30,5.

Revient le 22 juillet avec une légère saillie à gauche, nouvelle série de 10 injections (demi-seringue à gauche) jusqu'au 27 janvier 1897.

Le 11 mai 1897. — La malade est guérie.

OBSERVATION XXI

*Goître kystique. 3 mois de traitement
5 injections*

M^{lle} Nelly G., 24 ans, née à Arras.

Pas de goître dans la famille.

Début il y a deux ans, grossit à chaque période

mensuelle, gêne à la respiration; aucun traitement antérieur.

25 février 1896. — Le goître occupe la région antérolatérale droite sous forme d'une tumeur mobile avec le larynx, de consistance molle et élastique.

Dimensions 33; 31; 29,5.

Par la piqûre, il sort un liquide clair couleur café.

Injection à droite.

4 mars. — Torticolis deux jours, injection à droite.

11 mars, 29 avril, 6 mai. — Demi-injection chaque fois à droite.

27 mai 1896. — Dimensions 32,5; 29,5; 29.

Plus de tumeur, guérison.

OBSERVATION XXII

Goître parenchymateux

3 mois 1/2 de traitement. 7 injections

M^{lle} Jeannette L., 18 ans, originaire de l'Allemagne.

Antécédents héréditaires et personnels nuls.

Début il y a six mois, développement lent, ne grossit pas aux époques menstruelles.

Pas de troubles fonctionnels.

Pas de traitement sauf quelques applications de teinture d'iode.

11 mars 1896. — Le goître occupe en avant la partie inférieure du cou sous forme d'une petite tumeur du volume d'une noix.

Demi-injection en avant.

Celle-ci répétée les 18 et 25 mars sans troubles (léger torticolis) les 22 et 29 avril, les 6 et 13 mai, le 20 mai toute trace de tumeur a disparu.

Le 10 juin. — La guérison est confirmée.

OBSERVATION XXIII

*Goître parenchymateux. 1 mois de traitement
16 injections*

Louise V., 21 ans, domestique, née à Morvillars (Haut-Rhin).

Pas de goître dans le village mais sa mère porte une volumineuse tumeur thyroïdienne.

Début il y a un an. Aucun traitement antérieur.

25 mars 1896. — Dimensions 35 ; 33,5 ; 32.

Injection à droite.

Les injections sont continuées en avril, mai, juin, juillet et août. Les premières amenèrent du torticollis et de la dysphagie durant 4 à 5 jours.

Elles sont reprises en octobre, novembre 1896, février, mars 1897.

Le 17 mars. — Dimensions 32 ; 30,5 ; 29,5.

La malade est guérie ; revient en 1897. Guérison confirmée.

OBSERVATION XXIV

*Goître diffus. 4 mois de traitement
14 injections*

Marie C., 17 ans, née à Espalion (Aveyron).

Goîtres dans le pays, pas de goîtres dans la famille.

Réglée à 16 ans.

Le goître augmente notablement à l'époque des menstrues pour diminuer ensuite.

30 avril 1896. — Dimensions 32 ; 34 ; 35,5.

Demi-injection en avant.

Traitement continué en mai, juin, juillet.

5 août 1896. — Dimensions 31,5 ; 32 ; 34,5.

Guérison.

OBSERVATION XXV

Goître diffus. 1 an et 7 mois de traitement 20 injections

M^{me} C., 26 ans, née à Taucoigné (Maine-et-Loire).

Goîtres nombreux dans le pays, goître chez une sœur. Réglée à 13 ans et demie toujours très irrégulièrement.

Début il y a six mois après une couche.

Grossit surtout depuis un mois.

Troubles de la menstruation lors de l'apparition du goître.

17 juin 1896. — Le goître occupe d'une façon diffuse tout le cou, de préférence à droite ; mobile avec le larynx.

Dimensions 36 ; 33,5 ; 32.

4 injections en juillet.

10 novembre 1896. — Dimensions 34 ; 31,5 ; 31.

Demi-injection en avant.

Les demi-injections sont répétées en décembre, mars 1897, avril, mai, novembre, décembre.

Malgré ce traitement mal suivi le 5 janvier 1898 la tumeur a disparu.

Dimensions 33 ; 32 ; 31. Guérison.

OBSERVATION XXVI

Goître parenchymateux. 5 mois de traitement 7 injections

Marie G., 19 ans, née à Paris.

Pas de goître dans la famille.

Début il y a dix mois, augmente au moment des règles. Gêne à la respiration.

8 juillet 1896. — Le goître occupe la région antéro-latérale gauche sous forme d'une saillie mobile avec le larynx, du volume d'une noix, arrondie et molle.

Dimensions 31,5 ; 30 ; 30.

Injection à gauche.

En juillet, août, octobre, novembre, injections tantôt d'une demi, tantôt d'un tiers de seringue de Pravaz.

11 novembre 1896. — La tumeur a disparu, la malade est guérie.

OBSERVATION XXVII

*Goître parenchymateux. 8 mois de traitement
20 injections*

Thérèse C., 13 ans, née à Paris.

Pas de goître dans la famille. Réglée depuis 3 mois.

Début à l'âge de dix ans. Ce goître se développe régulièrement depuis ; le lobe droit grossit plus rapidement depuis 8 jours.

29 juillet 1896. — Goître diffus occupant la moitié inférieure du cou.

Dimensions 35 ; 35 ; 32.

Demi-injection en avant.

Continuées en août, puis octobre où le 21 l'injection provoque une névralgie dentaire durant deux jours.

Pratiquées dès lors sans inconvénient en novembre, décembre, janvier 1897, février et mars.

14 avril 1897. — Dimensions 35 ; 32 ; 31,5.

Il n'y a plus de tumeur appréciable. Guérison.

OBSERVATION XXVIII

*Petit goître parenchymateux. 1 mois de
traitement. 2 injections*

M. L., 62 ans, né à Beaurepaire, (Isère) pays de goîtres, s'est soigné il y a 25 ans pour un goître qui guérit (iodure de potassium et teinture d'iode en applications).

Depuis un mois a remarqué une petite boule au devant de son cou.

Aucun trouble fonctionnel.

5 août 1896. — Le goître occupe la région moyenne sous forme d'une petite tumeur mollassse du volume d'une grosse noix.

Demi-injection en avant.

10 août 1896. — Demi-injection en avant.

9 octobre. — Dimensions 38, 36,5. 36,5.

Le goître a disparu, guérison.

OBSERVATION XXIX

*Goître parenchymateux et kystique, diffus,
8 mois de traitement, 14 injections*

M. Emile L. Scieur, né à Tonnerre.

Pas de goître dans la région ni chez les siens.

Début il y a 7 ans. Traité par l'iodure de potassium le développement du goître s'est arrêté depuis 3 ans.

16 Décembre 1896. — Le goître occupe la région antérieure et inférieure du cou sous forme d'une masse arrondie mollasse intéressant tout le corps thyroïde.

Dimensions 43, 40, 36.

A la piqûre il sort quelques gouttes de sérosité.

Injection : seringue entière.

Continuées en février et mars.

24 Mars. — Dimensions : 39, 36,5, 35,5.

Les injections sont pratiquées entières jusqu'au 26 juillet.

20 Octobre — Le malade ne présente plus aucune tumeur appréciable, il est considéré comme guéri.

OBSERVATION XXX

*Goître parenchymateux. — 6 mois de traitement.
14 injections*

Jules V..., gardien de la paix, 40 ans, né dans la Haute-Saône où il y a quelques goîtres, mais a fait son service militaire dans les Hautes-Alpes, à Briançon.

Pas de goître dans sa famille.

S'en est aperçu depuis un mois.

23 *Décembre 1896*. — Ce goître occupe le lobe droit, profondément situé, mobile avec le larynx, ayant la forme d'une grosse noix.

Dimensions : 39,5, 37, 36.

Demi-injection à droite.

Traitement continué en janvier et mars 1897.

17 *Mars 1897*. — Dimensions 38,5, 35, 36.

Poursuivi jusqu'au 18 mai où le malade ne présentant plus aucune tumeur est considéré comme guéri.

OBSERVATION XXXI

Goître kystique. — 2 mois de traitement 2 injections

Sidonie S..., 25 ans, concierge, née dans la Côte-d'Or. Pas de goître dans la famille ; réglée à 12 ans 1/2 normalement ; une fausse couche et une petite fille de 30 mois.

Début il y a 2 mois au moment des règles, a grossi aux époques menstruelles suivantes, occasionnant une gêne plus intense qu'en temps ordinaire.

Aucun traitement antérieur.

23 *Décembre 1896*. — Le goître occupe le lobe médian sous forme d'une saillie grosse comme un œuf, de consistance molle, mobile avec le larynx.

A la ponction, il sort un liquide couleur café.

Injection en avant.

Continuées le 30 décembre et le 13 janvier 1897.

17 *Février*. — Toute tumeur a disparu.

Nous ajoutons les deux observations suivantes que nous avons pu suivre dernièrement, intéressantes par la rapidité d'action du traitement.

OBSERVATION XXXII

Goître parenchymateux. — 1 mois de traitement. — 4 injections

M..., née à Paris.

Petit goître charnu débutant il y a trois ans.

18 Octobre 1900. — Première injection (demi-seringue).

24 Octobre. — Quatrième et dernière injection.

La tumeur a disparu.

OBSERVATION XXXIII

*Goître kystique. — 3 mois de traitement
7 injections*

M^{lle} O..., née à Saintes (Charente-Inférieure).

Grand'mère maternelle portait un petit goître.

Début en mai 1900 ; évolution rapide depuis 3 mois.

6 Mars 1901. — Dimensions : 43, 41,5, 39,5.

Il s'écoule du liquide café au lait par piqûre ; après évacuation, injection d'une seringue entière.

L'injection est renouvelée en mars, avril et mai.

22 Mai 1901. — Dimensions : 39, 37,5, 38,5.

Guérison complète.

Voici enfin 3 observations de guérison, deux pour goître kystique, la troisième d'un goître charnu mais guéri par suppuration.

OBSERVATION XXXIV

*Goître kystique. — 2 mois de traitement.
3 injections*

E..., 30 ans, couturière, née à Vitry (Haute-Marne).

Pas de goître ni dans le pays, ni dans sa famille.
Réglée à 12 ans ; bien réglée.

Un enfant bien portant.

Début il y a 2 mois à la suite d'un violent mal de gorge.

Gêne notable pour respirer.

Pas de traitement.

8 Novembre 1893. — Kyste préthyroïdien.

A la piqûre il sort une sérosité louche.

Demi-injection dans le kyste.

15 Novembre. — La sérosité sort citrine.

Nouvelle injection.

29 Novembre. — Demi-injection.

20 Décembre 1893. — Il ne reste plus que les parois du kyste qui se ratatinent.

OBSERVATION XXXV

*Goître kystique. — 5 mois d'observation
5 injections*

B., 53 ans, ouvrière, née à Dieudonné (Oise).

Pas de goître dans la famille, ni dans la contrée.

15 Novembre. 1893. — Dimension 34, 32,5, 32.

Issue de sérosité à la piqûre.

Pas d'injection.

6 Décembre. — Injections puis demi-injections les 3, 24 janvier 1894, les 7 et 28 février.

4 Avril. — Il ne reste plus qu'une petite saillie onduleuse non disgracieuse au-devant du cou.

OBSERVATION XXXVI

*Goître charnu, guéri par suppuration. — 4 mois
de traitement. — 3 demi-injections*

V..., 34 ans, née à Dampierre (Somme).

Début il y a 2 ans.

Le goître augmente au moment des menstrues.

30 Janvier 1901. — Demi-injection en avant.

13 Février. — Point fluctuant en avant et à gauche.

On retire du pus par ponction.

Pas d'injection.

20 Février. — Demi-injection en avant.

27 Février. — Id.

27 Mars. — Suppuration en avant ; ouverture par incision médiane inférieure ; mèche et pansement humide.

30 Mars. — Suintement.

17 Avril. — Guérison.

AMÉLIORATIONS

Parmi les cas améliorés en 1895-96 et ils sont nombreux, il faut faire deux parts bien distinctes. Dans l'une rentreront les observations des malades qui n'ont suivi le traitement que momentanément, ayant, pour une raison quelconque, été forcés d'abandonner la consultation. Dans l'autre rentrent les goîtres qui n'ont pu régresser que partiellement, certains points de la tumeur ayant subi déjà quelque dégénérescence fibreuse ou osseuse. Nous nous contenterons de citer quelques cas seulement.

OBSERVATION XXXVII

*Goître fibro parenchymateux 1 an et 10 mois
de traitement 46 injections*

B. blanchisseuse 24 ans, née à Châtillon (Vosges).

Goîtres dans le pays, goîtres dans la famille mère et 3 frères.

Réglée à 14 ans, régulièrent depuis.

Début il y a 10 ans, pas d'influence menstruelle.

Aucun trouble fonctionnel.

Le 24 janvier 1894 le goître occupe surtout le lobe gauche, un peu le lobe médian et le lobe droit.

Dimensions 35, 33, 31.

Injection à gauche.

Ces injections sont répétées à intervalles presque réguliers toute l'année 1894 n'amenant qu'une légère dysphagie, pratiquées tantôt à droite, tantôt à gauche. Reprises en 1895.

La dernière fut faite le 31 janvier 1895.

A cette époque les dimensions étaient 33 — 29.5 — 30.

La malade revient en octobre 95, ne conservant qu'un ou deux petits modules durs et fibreux, visibles surtout lors des mouvements de déglutition.

OBSERVATION XXXVIII

Goître diffus 3 mois de traitement 12 injections

Marie L. 17 ans — née dans la Creuse.

Goître dans la famille (mère).

Règlée à 13 ans, régulièrement depuis.

Début il y a 2 ans. La tumeur a grossi depuis, pas d'influence menstruelle, pas de troubles fonctionnels. Aucun traitement antérieur.

28 novembre 94 — Goitre diffus occupant en fer à cheval toute la partie antéro-inférieure du cou, de consistance mollasse.

Dimensions 37.5, 35.5, 32.

Injection à droite.

Celles-ci sont répétées jusqu'en février 1895, n'occasionnant chaque fois qu'une otalgie et un torticolis pendant 1 ou 2 jours.

27 février — dimensions 34.5, 32.5, 30.5.

La malade est alors obligée de retourner dans son pays améliorée beaucoup ainsi qu'en témoignent les chiffres mais non encore guérie complètement.

OBSERVATION XXXIX

Goître parenchymateux 7 mois de traitement 16 injections

P. journalière 25 ans née dans la Nièvre.

Pas de goître dans le pays, ni dans la famille.

Règlée à 16 ans, régulièrement depuis.

Début il y a 3 mois à la suite d'un accouchement.

Légère surdité, un peu d'otalgie.

Aucune influence menstruelle.

Pas de traitement antérieur.

23 janvier 1895 le goître occupe la partie antérolatérale droite du cou, de consistance mollasse légèrement mobile avec le larynx.

Dimensions 37, 33, 32.

Injection à droite.

Répétées pendant 7 mois les injections bien que faites à la dose d'une demi-seringue seulement produisaient chaque fois une courbature fébrile et un malaise général de quelques jours.

31 juillet 1895. — Dimensions 35.5, 31.5, 31.

Amélioration légère ; la malade n'est pas revenue à la consultation.

OBSERVATION XL

Goître fibreux, 19 mois de traitement, 19 injections

Jean D. ouvrier 28 ans né à Bédarrides (Vaucluse).

Goîtres dans la contrée, mais pas d'hérédité.

Début il y a deux mois.

Sensation parfois de constriction à la gorge.

Traitement il y a 1 mois par quelques gouttes de teinture d'iode à l'intérieur.

13 janvier 1895. — Le goître occupe le lobe moyen sous forme d'une tumeur grosse comme une noisette et un peu le lobe droit. Il subit légèrement l'ascension du larynx dans les mouvements de déglutition.

Dimensions 37, 34, 35.

Injection en avant.

La dernière injection est pratiquée le 16 octobre 1895 ; le malade ne présente presque plus de saillie apparente ; il reste pourtant un petit point fibreux.

OBSERVATION XLI

Petit goître fibro kystique — 2 mois de traitement — 7 injections

V. 34 ans, née à Isouville (Aisne).

Quelques goîtres dans le pays, pas de goître dans la famille.

Réglée à 12 ans régulièrement, 4 enfants, (2 morts).

Début il y a deux mois; développement rapide.

Aucune influence menstruelle.

12 juin 1895. — Goître petit du volume d'une noix occupant le lobe droit, mobile avec le larynx.

A la ponction sortent des gouttes de sang. (Kyste sanguin.)

Demi-injection à droite.

Dimensions 32, 30.5, 29.5.

Les demi-injections sont continuées jusqu'en juillet n'amenant qu'un peu de salivation et une légère douleur.

24 juillet 1895. — Dimensions 31, 29, 26.

Il n'y a plus de tumeur apparente, la malade n'est pas revenue.

OBSERVATION XLII

Goître charnu. — 7 mois de traitement. — 8 injections.

Louise B. modiste, 24 ans née à Clermont-Ferrand.

Réglée à 15 ans, régulièrement jusqu'à sa grossesse 20 ans 1/2.

Début à l'âge de 20 ans; la malade ne peut préciser.

Traitement antérieur par l'iodure de potassium et des pommades; résultat nul.

15 mai 1895. — Le goître lobulé, charnu, occupe la région antéro-latérale droite.

Dimensions 33, 31, 30.

Injection à droite.

Injections répétées avec un peu de dysphagie, de torticolis à la dose d'une demi-seringue pendant juin, juillet, octobre et novembre.

27 novembre 1895 dernière injection en avant.

Dimensions 31, 30, 29.

Revue le 11 décembre, presque guérie.

OBSERVATION XLIII

Goître parenchymateux — 2 mois de traitement. — 7 injections.

Mme P. 39 ans, née à Levallois-Perret.

Pas de goître dans la famille.

Règlée à 13 ans, régulièrement depuis.

Début il y a trois semaines.

Aucune influence menstruelle mais se développerait particulièrement à la suite d'émotions vives.

10 juin 1896 occupe le lobe gauche du volume d'un œuf, mobile avec le larynx, de consistance molle,

Dimensions 34, 31, 30.

Injection à gauche.

Les injections sont répétées sans inconvénient jusqu'au 29 juillet.

Dimensions 33, 30, 29.5.

12 août 1896. — On ne constate plus de tumeur appréciable.

OBSERVATION XLIV

Goître parenchymateux 3 injections

Maurice C. 14 ans, né à Paris.

Pas de goître dans la famille.

Début il y a 1 an.

Traitement à l'iodure de potassium ; ce goître continue à se développer.

24 juin 1896. — Goître occupant le lobe droit du volume d'un œuf.

Dimensions 29, 27, 27.

Demi-injection en avant.

29 juillet dimensions 27.5, 27, 27.

Pas d'injection.

17 novembre injection en avant.

L'amélioration est notable, le malade n'est plus revenu.

CAS RÉFRACTAIRES

Ici encore il nous faut ranger les faits en 2 classes. Les uns concernent les malades qui n'ont suivi le traitement qu'irrégulièrement, soit en ne venant qu'une fois, soit en venant à intervalles trop éloignés et trop peu nombreux. De ce que chez eux l'amélioration n'a pu être obtenue, faut-il en conclure à l'inefficacité de la méthode ; évidemment non. Sans doute, la plupart de ces malades soumis avec patience à une thérapeutique parfois très longue, sans doute auraient-ils bientôt reçu la récompense de leurs efforts. Ces cas sont donc des plus douteux et ne peuvent en rien servir de base à une conviction quelle qu'elle soit. Nous n'en donnons comme preuve que l'observation suivante prise au hasard parmi celles de l'année 1895-96, car elles sont nombreuses (de 50 à 60).

OBSERVATION XLV

*Goître diffus parenchymateux. 1 mois de
traitement. 3 injections*

Alphonsine P., 31 ans, née à Cubrial (Doubs).

Nombreux goîtres dans le pays ; une sœur a déjà le cou gros.

Début à 10 ans.

Réglée à 13 ans régulièrement.

Le goître augmente aux époques menstruelles.

Mariée à 27 ans, une grossesse à 29, pas de changements dans le goître.

Voix enrouée.

29 mai 1895. — Dimensions : 37, 34, 1/2 32 1/2.

Goître diffus, occupe le lobe gauche sous forme d'une petite orange et surtout le lobe droit ; lobulé et de consistance mollassée.

Injection à gauche.

Le 5 juin. — Céphalalgie 1 jour.

Injection à gauche.

Le 20 juin. — Nouvelle injection à gauche ; depuis la malade n'est plus revenue.

Il est donc impossible d'après cette observation, et elle n'est pas la seule, de tirer une conclusion quelconque sur l'efficacité de la thérapeutique.

Tout autres sont les faits de la seconde catégorie ; ceux-ci concernent des goitreux qui ont suivi ponctuellement et péniblement le traitement, qui chaque semaine sont venus chercher leur injection ; malheureusement pour une raison ou une autre, âge avancé, vieillesse du goître, dégénérescence, volume exagéré, le traitement n'a que peu modifié et parfois même laissé absolument telles, leurs hypertrophies thyroïdiennes.

Nous en citons quelques exemples.

OBSERVATION XLVI

Ancien goître fibreux. 3 injections. Aucun résultat

F., industriel, 52 ans, né à Vesoul.

Goîtres dans la famille (mère et un fils).

Ce goître a débuté il y a 37 ans à l'âge de 15 ans.

Aucun trouble fonctionnel.

Aucun traitement.

17 juillet 1895. — Le goître occupe tout le corps thyroïde ; assez marqué à gauche d'une façon diffuse. Il présente une légère saillie en avant ; au milieu et à droite une énorme tumeur du volume d'une tête de fœtus, lobulée, immobile dans la déglutition, le tout de consistance fibreuse.

Dimensions : 53, 54, 51.

Injection à droite.

31 juillet 1895. — Injection à droite.

5 février 96. — Injection à droite.

Dimensions : 54, 54, 51.

Résultat nul.

OBSERVATION XLVII

Ancien goître parenchymateux. 5 ans de traitement. 26 injections

M^{me} C., marchande de vins, 42 ans, née à Pailly (Oise), où se trouvent quelques goîtres.

Sa mère et une tante ont un goître.

Réglée à 14 ans, régulièrement.

Début à 18 ans, il y a donc 24 ans ; développement lent.

Douleurs dans l'oreille droite.

15 mai 1895. — Le goître surtout développé au-dessus de l'isthme y forme une tumeur arrondie ; les deux lobes latéraux sont pris, mais sont moins volumineux ; consistance molle, peu mobile avec le larynx.

Dimensions 38, 38, 32.

Injection en avant.

Elles sont répétées pendant toute l'année 1895, 6 fois en 1896, une fois en 1897, une fois en 1898, et une fois le 17 janvier 1900. Aucun résultat.

OBSERVATION XLVIII

Ancien goître charnu. 4 ans de traitement. 61 injections

Caroline A., ménagère 37 ans, née à Varzo, (province de Navarre) pays de goitreux.

Mère atteinte de goître.

Début à l'âge de 22 ans ; a eu en Italie 3 grossesses pendant lesquelles le goître a grossi beaucoup.

20 octobre 1895. — Goître mou, symétrique, de volume considérable, pas de troubles si ce n'est la raucité de la voix.

Présente une grossesse de 3 mois ; pas d'injection.

Revient le 25 mai 1898, le goître est resté stationnaire.

Les injections sont poursuivies en 1898, 1899, en 1900, 1901. Résultat nul.

OBSERVATION XLIX

Goître volumineux et ancien. 5 mois de traitement. 14 injections

Henri J., 33 ans.

Une sœur a un goître.

Début à l'âge de 13 ans ; a grossi surtout depuis l'âge de 22 ans.

30 octobre 1895. — Le goître occupe, sous forme d'une grenade, le côté antérolatéral droit du cou ; consistance mollasse.

Dimensions : 41, 42, 36.

Les injections sont continuées en novembre, décembre, janvier et février 1896. Résultat nul.

OBSERVATION L

*Goître volumineux. 2 ans de traitement.
27 injections*

Paul C., dessinateur, 19 ans, né à Paris.

Pas de goître dans sa famille ; début il y a 3 mois
22 janvier 1896. — Dimensions : 43, 42, 35,5

Le goître occupe les 3 lobes, tombe sur le sternum, mobile difficilement, prédominant à droite et repoussant le larynx à gauche.

Injection à droite.

Le 24 juin 1896. — Mesure 39, 38, 32.

Les injections sont continuées en 1897-98.

Le résultat reste toujours le même.

OBSERVATION LI

*Goître volumineux, ancien. 6 ans de
traitement. 80 injections*

S., 34 ans, bonne d'enfant.

Née dans les Deux-Sèvres ; quelques goîtres dans le pays, aucun dans la famille ; réglée à 15 ans.

Début à l'âge de 16 ans.

Le goître grossit aux époques menstruelles et lors de deux grossesses présentées par la malade.

Traitement antérieur par l'iodure de potassium et la teinture d'iode intus et extra.

Aucun résultat.

13 mai 1894. — Le goître occupe la région antéro-latérale sous forme d'une énorme tumeur allant de la mâchoire au sternum, peu mobile avec le larynx ; de consistance molle.

Dimensions : 40, 39 1/2, 35.

Injection à droite.

Le traitement est continué en 1895, 96, 97, 98, 99.

Le 25 janvier. — Les dimensions sont de 38, 36, 33.

Le 6 décembre 1899. — Elles tombent à 37, 35, 1/2 33. Il y a donc eu une légère diminution.

Depuis, en 1900, l'état est resté stationnaire.

OBSERVATION LII

*Goître ancien et volumineux. 2 ans de
traitement. 58 injections*

Émilie W., ménagère, 39 ans, née à Epinal.

Début il y a 10 ans, lors d'une couche ; depuis développement lent.

Influence manifeste des époques.

Gêne dans la respiration.

Aucun traitement antérieur.

11 mars 1896. — Le goître occupe tout le corps thyroïde avec une prédominance marquée en avant et à droite ; tombe sur le sternum ; peu mobile avec le larynx ; de consistance charnue.

Dimensions : 42, 42,5, 36.

Le traitement est continué en 1896-97-98.

Résultat négatif.

CONCLUSIONS

De ce long, mais nécessaire, exposé d'observations résultent quelques considérations qui s'imposent d'elles-mêmes à la lecture ; nous les résumerons ainsi qu'il suit :

La médication des injections iodées au cours des goîtres est absolument sans danger lors qu'elle est pratiquée avec l'asepsie désirable et les précautions voulues.

Les inconvénients qu'elle amène à la suite, étourdissements, otalgie, dysphagie, courbature fébrile, torticolis, ne sont que très passagers et cèdent rapidement.

L'injection doit être massive pour agir, il est nécessaire d'injecter dans les tissus une quantité assez considérable de liquide et non quelques gouttes ainsi que la recommandation en est faite parfois. L'opérateur est seul juge de savoir, selon les accidents de la dernière injection, selon la douleur éprouvée sur le moment, s'il doit pousser l'injection entière ou seulement la demi ou le quart de seringue.

Le traitement peut être employé contre toute espèce de goître. Non seulement il diminue la tumeur mais encore il agit sur les accidents que sa présence détermine sur les voies respiratoires et digestives.

Le goître kystique est un de ceux qui regressed le plus vite sous l'influence de la teinture

d'iode. (Observations IX, X, XXI, XXXI, XXXIII, XXXIV, XXXV)

Le traitement est toujours long pour les autres variétés. Il est d'autant plus court que le goître est traité de plus près de sa date d'apparition.

Il est d'autant plus long que le goître est plus volumineux et ancien.

La teinture d'iode agit en déterminant la formation de tissu fibreux dans l'intimité des tissus. Aussi reste-t-elle sans action sur les tumeurs fibreuses et à plus forte raison, calcifiées. Toute dégénérescence du goître est donc un obstacle à l'efficacité de la méthode.

Les autres moyens thérapeutiques tels que pommade, iodure de potassium, teinture d'iode à l'intérieur, demeurent le plus souvent sans résultat.

En conclusion: La méthode des injections a pris rang dans la thérapeutique du goître. Efficace dans tous les cas de tumeurs jeunes, de dimensions moyennes, elle doit toujours être employée avant d'avoir recours à d'autres traitements, qui, pour être radicaux et rapides, ne laissent pas moins d'entraîner avec eux, outre une cicatrice disgracieuse, des troubles de l'économie parfois fort graves.

ERRATUM

Page 31, 12^e ligne, lire MAUNOIR au lieu
de MANNOIR

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Schwalbe.** — *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1875.
Parona. — *Deutsche Klinik*, 1872.
Luton. — In *Archives générales de Médecine* (Octobre 1863, page 285).
Luton. — *Idem.* (1867, page 438).
Bertin de Gray. — *Archives de Médecine*, 1868.
Gosselin. — *Gazette des Hôpitaux*, 1^{er} novembre 1879.
Billroth. — In *Wien Med. Presse*, t. XVIII, 1877.
Levêque. — Thèse, Paris 1872. *Traitement du goître par les injections interstitielles iodées.*
Morell-Mackenzie. — *British Med. Journal*, 16 mai 1874.
Renaut. — *Traité d'histologie pratique*, t. II, f. 1^{er}, p. 562.
Brissaud. — *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes*, 6^e session, Bordeaux, 1895, page 67 du rapport.
Poirier. — *Anatomie humaine*, t. IV, f. 2, p. 570.
Lyot. — *Goîtres*, in *Traité de Chirurgie* Le Dentu-Delbet, t. VI, p. 612.
Kauffmann. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, Leipzig 1883, t. XVIII.
Girod. — Thèse de Montpellier, 1888-89.
Gosselin. — *Clinique chirurg. de la Charité*, 1873, t. II, p. 611.
Jacques. — *Contribution à l'étude du goître dans les Hautes-Alpes.*
Du Cazal. — *Répartition en France des infirmités susceptibles d'entraîner l'exemption du service militaire.* — *Bulletin de la Société d'anthropologie de Paris*, 1896.
Mangin. — *Contribution à l'étude du goître puerpéral.* Thèse de Paris, 1894.
Taillefer. — Thèse de Toulouse, 1895.
Odeye. — Thèse de Paris, 1895.
Rocher. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie* 1892.
Schmidt. — *Deutsche Med. Woch.*, 1884.
Krieg. — *Med. Corr. Blatt des Würtemb. Vereins*, Stuttgart 1886.

IMPRIMERIE ACHARD, 10, RUE DE FLANDRE, DREUX

